

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Lundi 16 Juillet 1900, à 1 heure

Par M^{lle} CÉCILE ZABLODOVSKY

Née à Bobrinesk (Russie), le 19 Novembre 1871.

SUR LES

RÉTENTIONS UTÉRINES

AU COURS DU CANCER

Président : M. PINARD, Professeur.

*Juges : MM. } KIRMINAN, Professeur.
 } VABNIER et LEPAGE, Agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

IMPRIMERIE DES THÈSES

DE LA

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

OLLIER-HENRY

11 ET 13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

PARIS

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Lundi 16 Juillet 1900, à 1 heure

Par M^{lle} CÉCILE ZABLODOVSKY

Née à Bobrinesk (Russie), le 19 Novembre 1871.

SUR LES

RÉTENTIONS UTÉRINES

AU COURS DU CANCER

Président : M. PINARD, Professeur.

*Juges : MM. { KIRMINAN, Professeur.
VARNIER et LEPAGE, Agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

IMPRIMERIE DES THÈSES

DE LA

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

OLLIER-HENRY

11 ET 13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

PARIS

1900



FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen.....	M.	BROUARDEL
Professeurs.....	MM.	FARABEUF.
Anatomie.....		CH. RICHET.
Physiologie.....		GABRIEL.
Physique médicale.....		GAUTIER.
Chimie organique et chimie minérale.....		BLANCHARD.
Histoire naturelle médicale.....		BOUCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....		DEBOVE.
Pathologie médicale.....		HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....		CORNIL.
Histologie.....		MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....		TERRIER.
Matière médicale et pharmacologie.....		POUCHET.
Thérapeutique.....		LANDOUZY.
Hygiène.....		PROUST.
Médecine légale.....		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		BRISAUD.
Pathologie comparée et expérimentale.....		CHANTEMESSE.
		POTAIN.
Clinique médicale.....		JACCOUD.
		HAYEM.
Maladies des enfants.....		DIEULAFOY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		GRANCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		JOFFROY.
Clinique des maladies du système nerveux.....		FOURNIER.
		RAYMOND.
Clinique chirurgicale.....		BERGER.
		DUPLAY.
		LE DENTU.
		TI LAUX.
Clinique ophthalmologique.....		PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		GUYON.
Cliniques d'accouchements.....		BUDIN.
		PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	DESGREZ.	LEJARS.	THIROLOIX.
ACHARD.	DUPRE.	LEPAGE.	THOINOT.
ALBARRAN.	FAURE.	MARFAN.	VAQUEZ.
ANDRÉ.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VARNIER.
BONNAIRE.	GILLERS de la TOU-	MENÉTRIÉR.	WALLICH.
BROCA (AUG.).	RETTE.	MERY.	WALTHER.
BROCA (ANDRÉ).	HARTMANN.	ROGER.	WIAL.
CHARRIN.	LANGLOIS.	SÉBILLEAU.	WURTZ.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	TEISSIER.	
DELBET.	LEGUEU.	THIERRY.	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD

Membre de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

*A tous ceux qui ont contribué à mon instruction
médicale.*

INTRODUCTION

Il est de notion classique que les femmes atteintes de cancer de l'utérus " perdent ". Ces pertes ont une origine multiple et sont de provenance utérine.

Qu'un obstacle de nature organique ou autre vienne à empêcher l'écoulement libre de ces liquides, et les rétentions utérines seront formées.

Nous étudierons cette complication du cancer utérin d'après les observations que nous avons pu recueillir dans la littérature française et étrangère. Nous rapporterons en leur lieu et place les quelques rares indications que nous avons pu trouver à ce sujet.

Notre étude se limitera à celle des rétentions utérines *liquides*, aucune observation sur la transformation gazeuse des liquides retenus dans l'utérus au cours du cancer n'ayant pas été publiée, à notre connaissance.

Nous laisserons de côté l'étude de cette complication survenant dans d'autres affections utérines acquises ou congénitales, ne voulant pas empiéter sur un sujet encore fort peu étudié.

L'idée et le plan de cette modeste étude appartient à

M. le professeur agrégé F. Leguen; les nombreux conseils qu'il a bien voulu nous donner au cours de nos lectures et pendant l'exécution de ce travail nous ont été d'un guide précieux. Qu'il nous permette de lui exprimer ici notre profonde gratitude.

M. le Dr Walter Tate, chirurgien de l'hôpital St-Thomas à Londres qui, ne nous connaissant que par lettre, a bien voulu nous communiquer ses deux observations inédites de pyométrie, ainsi que sa dernière statistique sur la fréquence de cette complication au cours du cancer du col. et plusieurs autres indications très importantes pour notre sujet. Qu'il veuille bien recevoir l'expression bien faible de nos meilleurs remerciements.

Nous sommes particulièrement heureuse de pouvoir dire ici toute notre gratitude à nos maîtres MM. les D^{rs} Paul Reclus et Moizard. Nous garderons un souvenir inoubliable du temps passé dans leurs services cliniques.

Nous prions M. le professeur Pinard d'agréer l'hommage respectueux de notre reconnaissance pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

HISTORIQUE

La thèse de Lafosse nous semble contenir le premier document en date ayant trait à notre sujet. Voici la II^e obs. de cette thèse : « A l'ouverture du cadavre d'une femme, on trouva l'utérus distendu au point de contenir un enfant de 10 ans; il s'écoula une grande quantité de liquide rougeâtre, dont l'issue avait été empêchée par une tumeur squirrheuse du col » (1). Et plus loin, étudiant les causes efficientes des collections aqueuses dans l'utérus, cet auteur invoque les lésions du squirrhe au niveau du col.

Le traité le plus ancien des maladies des femmes où il ait été fait mention d'une observation à ce sujet est celui de Mme Boivin et Dugès (2).

Nous trouvons ensuite plusieurs observations éparses dans la littérature étrangère. Cette complication était une trouvaille d'autopsie dans la majorité des cas antérieurs à l'ère antiseptique.

(1) Lafosse. Collections aqueuses dans l'utérus. Th. de Paris, 1816.

(2) Mme Boivin et Dugès. Traité des maladies de l'utérus et des annexes. Paris, 1833, vol. II.

Nous rapporterons donc les cas publiés par Brachmann (1), Breslau (2), Leopold (3), publiés en Allemagne, ceux de Galabin (4) et Mattheus Dunkan (5), de la littérature anglaise.

Remarquons que depuis bientôt cinquante ans, la ponction exploratrice est largement appliquée pour le diagnostic et le traitement des collections liquides de l'utérus en Allemagne et surtout pour les collections utérines produites par d'autres causes que le cancer, qui donnent plus facilement la fluctuation.

Ce mode d'exploration était connu en Allemagne sous le nom d'Akidopeirastique (*axis*, aiguille, et *πειράν* tenter), est attribué à Middeldorf par Breslau (6). Scanzoni (7) a le premier consacré un chapitre à l'étude des rétentions utérines en dehors de l'état de grossesse; il n'y fait aucune mention du rôle dévolu aux néoplasmes

(1) Brachmann. Schmid's Jahresbericht 1840.

(2) Breslau. Skirrhous des Uterus, fibroser Polype, Pyomètra, Schwierigkeit der Diagnose und Therapie. Monatsch. f. geb. und Gynæk. Berl., 1859. XII.

(3) Léopold (Gerh.). Carcinome und Hydrometra des Corpus uteri in Verbindung mit linkseitiger Verkalkter Ovariencyste und mit mehrmaliger Achsendrehung des Stieles derselben. Arch. f. Gyn. Berl., 1875.

(4) Galabin. A case of suppuration of the uterine cavity resulting from occlusion of the cervix. Trans. Obstetr. Soc. Lond., vol. XIX, 1877. Case of Pyometra (ibid. 1880, vol. XXII), et 1885, vol. XXVII.

(5) Mattheus Dunkan. Two specimens of Pyometra. Transact. Obst. S. v. XXI. 1879.

(6) Breslau. Loc. cit.

(7) Scanzoni. Krankheiten der Weibl. sexual-organe. 1858.

dans ces rétentions. Ce mérite revient à Nonat (2) et Grisolles (1).

Arrive l'ère de l'antisepsie, et les opérations gynécologiques se multiplient. Les rétentions utérines au cours du cancer deviennent des trouvailles d'opérations radicales ou palliatives pour cancer de l'utérus, tels sont les cas publiés par MM. Hofmeier (3), Weiss (4), Bürckle (5), Vautrin (6), Hansemann (7), Cristoph Martin (8), Arthur Lewers (9), Walter Tate (10), Lea (11), Arthur Foges (12), Weiss (13), Gross (14), Frœlich (15), Segond (16), Legueu (17), Lebedeff (18).

(1) Nonat. Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes. Paris, 1860.

(2) Grisolles. Pathologie interne. 1864.

(3) Centralblatt f. Gynaec. N^{os} 9 et 24.

(4) Quelques considérations sur le cancer du corps utérin. Rev. méd. de l'Est, 24, p. 744, et thèse de Bratoff. Nancy, 1898.

(5) Bürckle. Über das Verhalten der Operirten nach vaginaler. Totalexstirpation des Carcinomaten Uterus. Berlin, 1893. Diss. (17-23).

(6) Vautrin. Des quelques particularités du cancer intra-utérin, son traitement. R. méd. de l'Est, 1893, 2, p. 33.

(7) Pyometra bei Carcinom 3 Zeitschr. f. Geb. u. Gynaek XXXIV.

(8) British Med. Journ. 1886. Hematometra et Pyometra.

(9) Trans. obst. soc. XXXVIII Cancerus uteris with Pyometra.

(10) Trans. obst. soc. XXXIX Three cases of Pyometra complicating cancer of the cavity uteri.

(11) Trans. obst. soc. XXXIX.

(12) Cervix carcinom mit Hæmatometra Centralblatt f. Gyn. 1898, n^o 3.

(13 14, 15) Thèse de Bratoff. Nancy. Pyométrie et son traitement palliatif.

(16) In thèse de Louis Bigeard : Les hysterectomies totales vaginales et abdominales dans le cancer de l'utérus. Paris, 1899.

(17) F. Legueu et P. Rebreyend. De la Pyométrie. Complication du cancer du col utérin (Revue de Gynéc. et de chir. abd. 1899, n^o 5).

(18) Soc. médico-chir. de St-Petersbourg, 10 sept. 1899.

Les quelques rares histoires de rétention utérine, où le diagnostic de la rétention et de sa cause fût porté par leurs auteurs avant toute intervention instrumentale, ont été publiées par différents auteurs : Pozzi Sam. (1), Weiss (2), Söndheimer (3), Martin (4) et Hofmeier (5). Nous rapportons un cas inédit de M. Walter Tate.

Nous avons pu relever quelques lignes dans les traités de gynécologie suivants : Schroeder (6), Courty (7), Otto Küstner (8), S. Pozzi (9).

Les articles de MM. de Sinety (10), Weiss (11), Vautrin (12), Legueu et Rebreyen (13), les discussions des sociétés Obstétricale (14) et Gynécolog. (15), de Londres, les thèses de Bürckle (16), Bratoff (17) et celle de Paul Boissier (18) sont les derniers travaux sur la question qui fera le sujet de cette thèse.

(1) In thèse d'Adrien Pozzi : Le traitement du cancer de l'utérus. Paris, 1888.

(2) Loc. cit.

(3) Primäres Corpus carcinom mit Hæmatometra und Hæmatocolps Atresia vaginæ senilis Monatsch. gel. u. Gyn. 1895.

(4) Loc. cit.

(5) Central blatt für Gyn. 1900.

(6) Krankheiten der Weiblichen Geschlechtsorgane. 1881.

(7) Tr. pratique des maladies de l'utérus, des ovaires et des trompes. P. 959. Bordeaux, 1881.

(8) Grundzüge der Gynaekologie. 1893, p. 160.

(9) Traité de Gynécologie. 1897, p. 609.

(10) De Sinety. Hamatomètre par oblitération de l'utérus. In Dict. des sc. méd. 5 s. II 1^{re} c. 1886, p. 8-12, article Utérus-Pathologie.

(11) Weiss, loc. cit. (12) Vautrin, loc. cit. (13) loc. cit.

(14) Trans. obs. soc. Lard. XXXIX. 1897.

(15) Brit. Med. Journ. 1896 in Art. Cr. Martin.

(16) Ouvr. cité.

(17) Ouvr. cité.

(18) Etude clinique sur le cancer primitif du corps de l'utérus. Th. de Montpellier, 1899-1900.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les liquides retenus dans l'utérus cancéreux le distendent, le transforment en sac.

Le volume du corps utérin ainsi transformé est constamment accru, cet accroissement est léger dans plus de la moitié des cas. C'est un utérus gros comme un œuf d'oie, comme une petite orange, comme un poing, ou simplement « gros » ; mais il n'est pas rare de voir ses dimensions atteindre le volume d'un utérus gravide de 3, 4, 5 et même de 6 mois, d'une tête d'enfant ; on l'a vu aussi présenter le volume d'un utérus gravide de sept mois (Brachmann.)

Le volume de l'organe est plus augmenté dans le cancer du corps avec rétention, et c'est précisément dans ces cas que l'on rencontre des utérus de volume énorme. Ces grandes dimensions peuvent aussi s'observer dans le cancer du col. (Obs. V, XI, XXI, Lafosse.) (1).

La forme de ces utérus est sphérique, globuleuse et

(1) L'utérus du cancer du corps sans rétention ne dépasse pas le volume d'un utérus gravide de quatre mois.

ressemble volontiers à un dôme. Pour Schröder cette forme est caractéristique des tumeurs malignes de l'utérus. C'est elle qui a fait porter plusieurs fois le diagnostic de cancer primitif du corps, ou de néoplasme du corps ayant le col pour point de départ.

La surface est lisse et régulière dans les rétentions par cancer du col; elle est bosselée, inégale, anguleuse, parfois complètement défigurée, dans quelques cas de cancer du corps. Ces irrégularités ne tiennent qu'aux localisations des noyaux métastatiques du cancer; elles n'ont rien de caractéristique.

Le péritoine périutérin est normal dans le cancer du col; il est plus ou moins altéré dans celui du corps.

La consistance de ces tumeurs est des plus variable; la fluctuation est fréquente. On observe tous les degrés de la *fluctuation*, suivant la distention plus ou moins grande du sac; il en est de même pour l'*élasticité*. Le Dr Tate a constamment retrouvé la renitence et l'élasticité au cours de ses interventions pour cancer du col compliqué de Pyométrie. C'est du reste, grâce à cette particularité et à l'augmentation du volume du corps utérin qu'il a pu faire le diagnostic de pyométrie. Les auteurs signalent la renitence et l'élasticité dans toutes les pyométries compliquant le cancer du col, et dans toutes les hématométries.

Le tissu utérin envahi et détruit par le cancer est très friable. Il se déchire fréquemment au moment de l'opération. Nombre de fois le segment utérin lequel on exerçait des tractions même sans qu'on tirât (M. Wiss) restait dans la main du chirurgien, (M. Weiss, M.

Legueu, cas de Bürckle). Souvent il s'était déchiré au simple pincement de la paroi. On comprend combien cette circonstance est fâcheuse, les liquides plus ou moins septiques venant souiller le champ opératoire.

Hofmeier (IX) n'a extirpé un utérus pyométrique très friable que grâce à des précautions extrêmes.

L'épaisseur des parois de ces poches est variable. De quelques millimètres chez des femmes très âgées, porteuses des grosses collections, elle peut rester normale. L'épaississement de parois s'observe le plus souvent. Il est de règle dans les collections petites et moyennes du cancer de col.

Dans la remarquable observation de Sondheimer le fond du corps utérin était envahi par un carcinome typique; le col était rétréci, le vagin atrésié dans sa moitié intérieure depuis une quinzaine d'année. Col et vagin étaient libres de toute propagation néoplasique. Utérus, col et vagin ne formaient qu'une cavité surdistendue par un hématomètre de quatre litres. Les parois utérines et vaginales étaient également hypertrophiées.

La muqueuse utérine dans le cancer du col compliqué de rétention est souvent normale (macroscopiquement du moins). D'autres fois elle est épaissie, infiltrée, plus ou moins enflammée, hyperémique; lisse ou couverte de croissances polypeuses d'origine inflammatoire (Küstner).

Une membrane pyogène, grise, ardoisée tapissait l'intérieur de la cavité utérine.

Dans les observations III, VI, Léa a constaté une hy-

pertrophie glandulaire simple de la muqueuse utérine dans les 5 pyométries observées par lui.

Dans le cancer du corps la muqueuse utérine est constamment altérée. Elle est infiltrée de masses néoplasiques se présentant sous diverses formes (tubercules, tumeurs, proliférations polypeuses) bourgeonnantes, saignantes et friables. Dans l'hydrométrie énorme de Brachmann (cinq litres) la muqueuse utérine n'était que rouge et luisante. La forme anatomique épithéliale et diffuse du cancer du corps semble prédominer, du moins, au moment des interventions pour collections.

Le col utérin, sauf intervention chirurgicale antérieure, était toujours constatable, c'est dire qu'il n'avait jamais été distendu, qu'il n'avait pas fait partie du sac. Nous verrons plus loin que cette circonstance s'explique par le siège anatomique de l'obstacle à l'écoulement libre des liquides.

Rien de caractéristique, quant au volume du col. Atrophie quelquefois, il reste bien souvent normal. Il était envahi dans six cas de cancer primitif du corps.

On observe des rétentions utérines dans toutes les formes anatomiques du cancer du col, mais avec une fréquence inégale. La forme nodulaire est très rare, la papillote assez fréquente; mais celle qui domine, est la cavitaire.

Le siège primitif du cancer cavitaire du col est presque constant : il débute par l'orifice interne. Il ne l'a dépassé que deux fois (M. Tate, Foges). Mais, en revanche il descend plus ou moins bas le long du canal cervical.

L'obstacle à l'écoulement libre des liquides a une raison anatomique dans la majorité des cas. Quand la raison anatomique est sous la dépendance directe du néoplasme, l'obstacle siège à la partie avoisinante de l'orifice interne du col. Toutes les autopsies, toutes les explorations (cathéter, curette) de l'organe malade le prouvent. Dans le cancer du corps les fongosités néoplasiques arrivent jusqu'à ce niveau; le gonflement concomitant de la muqueuse enflammée s'y ajoute, et l'obstruction est faite. Le mécanisme de rétrécissements œsophagiens, uréthraux, n'est-il pas le même? L'obstruction dans ces cas n'est pas complète, l'écoulement persiste presque toujours, et c'est là peut être la raison de ce que les collections restent si souvent méconnues.

Très fréquentes sont les rétentions cicatricielles. Elles sont accideptelles, expérimentales, on pourrait dire. Les cautérisations de toutes sortes, les interventions chirurgicales en sont le point de départ. Nous en avons un exemple très remarquable. Une malade traitée par M. Weiss par des curetages successifs d'abord, la dilatation méthodique ensuite, est soumise à une « cautérisation vigoureuse par un caustique violent. » Ceci lui donne d'abord une inflammation intense avec péritonite et finalement une cicatrice englobant le fond du vagin et le col. L'orifice était à tel point étroit et tortueux que le passage de l'hystéomètre était impossible. Il est à remarquer que la perméabilité de ce col s'était rétablie par des lavages rétrogades de l'utérus marsupialisé. Encore un point de pathologie générale.

Le sténose et l'atrésie sont d'origine sénile dans plu-

sieurs observations. Elles sont généralement antérieures à la formation des collections comme le démontrent les observations de Brachmann, de Sondheimer. Leur siège peut varier.

Dans le cancer du col l'atrésie siège au même niveau, c'est-à-dire près de l'orifice interne. L'occlusion est fréquemment complète. D'autres fois elle est à peine marquée.

Dans les observations de Léa un anneau de tissu dense existait au niveau de l'orifice interne.

Galabin (VII) avait observé une pyométrie causée par une obstruction incomplète. Une cloison médiane de 2 cm. de hauteur divisait la partie inférieure du vagin. Cette femme avait eu un enfant à terme et n'avait jamais présenté des troubles de la menstruation.

L'atrésie était d'origine cicatricielle, dans les cas de Christopher, Martin, Hofmeier, Chrobak.

La quantité des liquides retenus est fort variable; elle est sensiblement proportionnelle au volume du sac utérin. Le liquide est peu considérable dans la plupart des cas, surtout dans les rétentions compliquant le cancer du col. De quelques gouttes seulement, il atteint très souvent 50 à 60 gr. et plus. En général il semble osciller autour de 160 grammes. Ce sont ces petites collections trompeuses qui ne distendent pas assez la cavité utérine pour attirer l'attention du chirurgien, ce sont elles qu'il faut rechercher de propos délibéré pour se mettre à l'abri des complications plus ou moins graves.

Le volume du liquide peut être bien plus considérable, énorme même, tels les cas de Lafosse où la cavité

utérine était distendu à tel point qu'elle pouvait contenir un enfant de dix ans, celui de Brachmann, 5 litres, de Sondheimer, 4 litres. Ce sont, nous semble-t-il, des cas exceptionnels. Les deux premières collections ont été observées à une époque où les interventions chirurgicales étaient rares, les interventions de chirurgie abdominale nulles ou tardives. N'en est-il de même pour le volume des kystes de l'ovaire.

Les collections de 300 à 500 gr. de liquides sont encore fréquentes. Les grosses collections coïncident souvent avec une atrésie complète du col utérin.

Quant aux autres caractères de ces liquides, les auteurs n'en indiquent que la *couleur*, la *consistance* et... l'odeur toujours fétide, d'une fétidité souvent horrible.

Le liquide est plus ou moins trouble, plus ou moins foncé, c'est du fluide séreux, aqueux, souvent mucosanguinolent, c'est « du pus » dans la majorité des cas.

Nous n'avons que deux analyses physico-chimiques et microscopiques des liquides. L'une a trait à l'hématométrie de Sondheimer, l'autre à l'hydrométrie de Chrobak. Tout renseignement nous manque pour ce qui concerne les rétentions pyométriques qui sont les plus fréquentes. Le cas de Chrobak est très instructif, ce chirurgien avait opéré une femme pour cancer végétant du col, il avait fait l'évidement à la curette et la cautérisation des surfaces curettées à l'acide azotique fumant. La malade s'était merveilleusement bien portée pendant près de quatre ans. Une grosse collection utérine s'était formée dans les quelques mois qui suivirent. Ponction, 377 cc. de liquide aqueux. Aucun élé-

ment anatomique cancéreux ne fut décelé par l'examen microscopique du liquide. Huit mois se passent : nouvelle collection plus considérable cette fois ; le curettage donne 4 cc. de liquide ; examen nouveau, mêmes résultats que précédemment. Deux mois après le même chirurgien fait une exploration intra-utérine pour de fortes métrorrhagies, la malade, cette fois, présente une prolifération polypeuse. La tumeur est enlevée par Chrobak et examinée par Fritsch. C'est un épithéliome glandulaire typique. Chrobak ajoute : « la présence d'éléments carcinomateux n'est ni constante, ni nécessaire dans ces cas ».

Le liquide ne présentait pas d'autres caractères intéressants.

Le liquide de l'hématomètre de Sondheimer contenait de nombreux globules rouges normaux et altérés, des leucocytes graisseux, des corps sphériques, des cellules carcinomateuses libres, le liquide était trouble, rouge brun.

Lea avait examiné bactériologiquement le pus de quatre pyométries ; ses cultures sur gélatine et agar-agar restèrent stériles, toutes opérées étant guéries sans le moindre accident.

Plusieurs auteurs français et allemands ont observé des phénomènes septicémiques graves, coïncidant exactement avec les périodes de rétention et disparaissant avec l'évacuation spontanée ou provoquée des liquides retenus (Pozzi, Weiss, Vautrin, Bürckle). Les suites opératoires furent moins favorables dans ces cas. Sur dix-sept opérées dans la clinique gynéco-

logique de la faculté de Berlin (Bürckle), sept moururent de péritonite septique 2 à 5 jours après l'opération. cinq autres présentèrent une forte fièvre. Une péritonite septique emporta aussi la malade de M. Weiss, le 5^e jour ; et celle de M. Legueu a été emportée le 3^{me} jour après l'opération. Le pus avait inondé le champ opératoire dans tous ces cas.

ETIOLOGIE ET PATHOGENIE

Fréquence. Quoique rares, les rétentions utérines ne sont pas exceptionnelles au cours du cancer; elles seraient même fréquentes pour certains auteurs.

Chroback qui a vu plusieurs exemples de rétention utérine (hydrométries) dans le carcinome utérin, trouve que, si les grosses hydrométries sont des raretés au cours du cancer, les petites se rencontrent fréquemment au moment de la ménopause et plus tard.

Pour Küstner (Otto), l'agrandissement modéré de la cavité utérine qu'on a *souvent* occasion d'observer dans le cancer du col doit être attribué à la pyométrie.

Weiss considère la rétention liquide dans la cavité utérine comme un phénomène normal du cancer primitif du corps, et il le tient pour un de ses meilleurs signes. Disons que pour cet auteur le cancer primitif du corps serait propre à la vieillesse, ce qui ne semble pas résulter des nouvelles recherches (P. Boissier. Thèse de Montpel. 19 déc. 1900 et autres).

Nous sommes en mesure de donner quelques chiffres sur la fréquence de cette complication dans les cancers utérins opérés.

Bürckle apporte 17 cas de pyométrie sur 227 cas d'hystérectomies vaginales totales, c'est-à-dire plus de 13 0/0.

Arthur Lewers avait observé deux cas de pyométrie sur 67 hystérectomies vaginales totales, dont 57 pour cancer du col. M. W. Tate a rencontré 5 cas de pyométrie sur 54 hyst. vag. pour cancer du col. Disons que ce chirurgien avait observé 3 cas dans le courant de 6 semaines et n'en a vu qu'un seul cas pendant les trois années suivantes, malgré une vingtaine d'interventions qu'il avait pratiquées.

Sur cent deux hystérect. vaginales et abdominales totales pour cancer utérin faite par M. Segond, et publiées dans la thèse de L. Bigeard, quatre ont été compliquées de rétention de liquide.

D'autre part, Alfred Caron (1), sur les cinquante-et-une autopsies de vieilles femmes cancéreuses systématiquement faites dans le service de Charcot à la Salpêtrière n'a jamais trouvé cette complication. Il avait cependant fait les autopsies dans le but d'étudier les complications du cancer de l'utérus. Cruveilhier (2) a cependant pu dire : « Ma position de médecin de la Salpêtrière m'a permis de voir chez les vieilles femmes toutes les formes de rétention de liquides dans la cavité utérine ».

(1) Thèse de Paris, 1884. Contribution à l'étude des complications du cancer de l'utérus.

(2) Traité d'anat. pathol. T. IV. Flux séreux-utérin. Hydrométrie, p. 422. Paris, 1862.

Ne faut-il pas invoquer le hasard clinique, la meilleure des statistiques ?

Age. Fait extrêmement important : les rétentions utérines n'étaient venues compliquer le cancer que chez les femmes très vieilles. A part la malade de l'obs. XXII âgée de 38 ans dont l'utérus atrésié accidentellement, on peut dire, par cicatrice, ne contenait que du sang des règles, nous n'avons que trois femmes au-dessous de 50 ans, tandis que le nombre de celles qui avaient dépassé la soixantaine est de 29. (Nous connaissons l'âge de 41 femmes). La plus grande fréquence s'était manifestée entre 60 et 70 ans (21). Toutes avaient dépassé la ménopause depuis de nombreuses années. Presque toutes étaient des grandes multipares.

La rétention s'observe plus volontiers dans les formes *cavitaires du cancer*.

Sur 63 femmes qui font l'objet de notre étude, plus de quarante fois le cancer siégeait au col.

Il faut le concours de deux circonstances pour qu'il y ait rétention utérine au cours du cancer : hyperproduction des liquides et obstacle à leur libre écoulement. L'*hyperproduction des liquides* est due à des causes multiples. Dans le cancer, la muqueuse utérine est enflammée. L'endométrite à prédominance glandulaire se traduit par la sécrétion de liquides à caractères leucorrhéiques. La métrite interstitielle leur donne l'aspect sanguinolent. L'*hypertrophie vasculaire*, si fréquente dans la métrite des vieilles femmes (Cornil), l'envahissement et la destruction des vaisseaux sanguins par le néoplasme, sont deux autres facteurs très

importants des méthorrhagies des cancéreuses. Les produits de désagrégation du cancer, tels l'ichor à fétidité horrible et les fragments de la tumeur elle-même, sont des éléments importants de ces écoulements. On observe chez les femmes âgées en dehors des lésions néoplasiques de l'utérus et des trompes, un écoulement séro-purulent de cause mal élucidée. Cette sécrétion pourra persister après l'envahissement néoplasique et contribuer à la formation des liquides retenus. Telles nous semblent être les origines multiples des liquides retenus. Nous ne parlons pas du sang menstruel qui n'existe plus à l'âge de cette complication. En proportions variables, plus ou moins mélangés et altérés, ces liquides s'écoulent au dehors au fur et à mesure de leur production et constituant les pertes des cancéreuses dans l'évolution ordinaire de cette affection.

L'étude de nos observations nous montre que l'*obstacle* est le plus souvent formé par la *prolifération du néoplasme* au niveau de l'orifice interne du col et le *boursofflement concomitant de la muqueuse* enflammée.

L'*atrésie sénile* du col est fréquente à cet âge. Plus d'un quart des femmes ayant dépassé la cinquantaine en seraient atteintes, d'après Henning. Plus ou moins prononcée, l'atrésie sénile reste silencieuse ou se traduit par l'accumulation de liquides séro-purulents jaunâtres sans qu'il y ait nécessairement lésion utérine néoplasique ou inflammation. L'atrésie utérine était assez prononcée dans plusieurs de nos cas pour constituer à elle seule l'obstacle.

Plusieurs facteurs de la rétention existent aussi bien chez les jeunes que chez les vieilles. Mais la rétention utérine au cours du cancer ne s'observe que chez les personnes âgées. *Il semble donc que l'atrésie sénile joue un grand rôle dans la production de la rétention déterminée elle-même par d'autres facteurs.*

Galabin attribue un rôle pathogénique prépondérant à l'atrophie sénile de l'organe dans la formation des collections.

• Les liquides ne s'accumulent jamais dans un utérus jeune par suite d'atrésie ou de flexions, à moins que l'obstacle à la sortie du liquide ne soit absolue. D'habitude l'utérus est intolérant, ses parois s'hypertrophient pour expulser plus efficacement les corps étrangers qu'il pourrait contenir. Il ne permet point d'accumulation. Cependant, après la ménopause, quand les parois de l'utérus et les muscles dégénèrent et s'affaiblissent, le corps désormais impuissant se laisse distendre par le liquide.

Nous n'avons pas trouvé pour le cancer des collections liquides dans des utérus jeunes. Nous avons vu qu'en dehors d'une atrésie absolue les collections sont de volume moyen et les parois utérines épaissies; pour Küstner ce fait serait de règle pour les pyométries par cancer du col. Nos observations ne nous fournissent pas de preuves directes de la dernière assertion de M. Galabin. Elle semble cependant être très plausible. Les rétentions utérines de la puerpéralité ne s'observent-elles pas de préférence chez des femmes à organe fati-

gué, surmené, se trouvant dans un état physiologique inférieur?

L'*atrésie cicatricielle* se rencontre. Elle est cependant moins fréquente que dans les rétentions des femmes jeunes.

Nous n'avons pas pu trouver l'origine *traumatique* (obstétricale ou autre) si fréquente dans les rétentions utérines survenant en dehors du cancer.

L'*atrésie congénitale* nous semble impossible à admettre chez des femmes qui ont été menstruées et qui, pour la plupart, avaient eu de nombreux enfants.

Les coutures du col par déviations utérines jouent un rôle important dans la pathogénie de cette complication.

Galabin croit cette cause suffisante, à elle seule, et apporte une observation à l'appui de sa thèse. (Trans. Obstr. Soc. Lond. 1885). Les déviations utérines étaient fréquentes chez les femmes qui font l'objet de notre étude.

Des tumeurs du segment inférieur de l'utérus peuvent comprimer du dehors le canal cervical (Grisolle).

Les *tumeurs de la cavité utérine*, les *polypes* peuvent l'obstruer du dedans et empêcher l'écoulement de se faire en tout ou en partie.

Nous avons dit ailleurs que le col utérin restait presque normal (perméable) dans plusieurs cas, la rétention ne s'en était pas moins produite. Comment expliquer ces faits? Faut-il invoquer un élément nerveux réflexe, un *spasme*, qui est admis pour le col vésical et qui semble favoriser la rétention d'urine, ou bien celui qui intervient au niveau de l'œsophage, pour déterminer

les dysphagies précoces? Cet élément est admis par Martineau et par d'autres auteurs pour les collections utérines au cours des métrites sans lésion anatomique suffisante. Nous ne faisons qu'apporter cette hypothèse sans pouvoir la discuter.

Nous avons rapporté plusieurs exemples de rétention périodique au cours du cancer du corps (Pozzi, Weiss, Vautrin); elles s'accompagnent de douleurs extrêmement vives à caractère paroxystique et de phénomènes de résorption septique. Pour le Prof. Weiss, cet ensemble de phénomènes serait pathognomonique du cancer cavitaire du corps. Les rétentions seraient déterminées par la prolifération des fongosités cancéreuses au niveau de l'orifice interne du col. La douleur serait due plutôt aux contractions utérines violentes (Schroder) qu'aux névrites (Pozzi). Pour Pozzi « à mesure que la maladie (cancer du corps) s'aggrave, les douleurs prennent le caractère paroxystique des plus remarquables qui a quelque chose de pathognomonique ». Ce caractère de douleurs serait dû « aux névrites véritables par propagation le long des nerfs de l'utérus désorganisé » (Traité de Gyn., p. 467). Cet auteur ne parle d'écoulement paroxystique qu'au cours de certaines métrites; ce seraient « des crises secrétoïdes précédées de douleurs extrêmement fortes, dues à des phénomènes d'hyper-sécrétion pathologique réflexe ».

L'hématométrie est extrêmement rare après la ménopause (Schroder, Chrobak, Pozzi, De Sinèty). L'absence des règles, l'atrophie de la muqueuse utérine, en sont les causes probables. Elle semble correspondre,

quand elle existe chez les vieilles, aux formes hémorragiques du cancer. Les lésions anatomiques de la muqueuse utérine le prouvent (obs. XX, XIX).

L'hydromètre serait, au contraire, extrêmement fréquent à l'âge de la ménopause et plus tard (Courty, Chroback, De Sinety, Scroder). Les transsudations à travers les vaisseaux lésés par le néoplasme (Mlle Coutzaridza), les produits de désagrégation des masses cancéreuses non vasculaires : tels semblent être les éléments principaux de cette forme de rétention.

L'hématométrie se transformerait en hydrométrie après la ménopause (De Sinety, Chroback). Ces deux formes se transformeront-elles souvent en Pyométrie ? Pour Faucourt Barnes (Brit. Med. Journ. 1886), Crist. Martin (Brit. Med. Journ. 1896), toute pyométrie ne serait qu'une hématométrie infectée, suppurée. Disons que ces auteurs ont observé et étudié la pyométrie chez les femmes jeunes. Ils accusent les ponctions exploratrices non aseptiques de produire cette transformation. Nous pensons qu'une telle origine des pyomètres, tout en étant possible dans les circonstances qui nous occupent, est loin d'être fréquente. De nombreux auteurs français et allemands ont observé des phénomènes d'absorption septique coïncidant avec la rétention utérine des liquides cancéreux. On a vu une péritonite septique mortelle emporter des malades, à la suite d'une opération souillée par le contenu des pyométries. Ces observations cliniques prouvent la septicité de ces liquides.

D'autre part, nous voyons à chaque instant la com-

plication évoluer sans signe révélateur d'aucune sorte, et n'être découverte qu'au cours d'une intervention pour cancer. Elle ne donne aucune inquiétude une fois le liquide évacué (M. Segond), même dans les cas où le champ opératoire avait été inondé (M. W. Tate, Art. Lewers, Gross).

A quoi sont dus ces phénomènes septiques quand ils existent ? Seraient-ce les produits et les déchets de vie de cellules néoplastiques qui les engendreraient, ou plutôt les infections secondaires au niveau des surfaces ulcérées et la résorption des matières putrides au niveau des surfaces anfractueuses qui en seraient la cause ? Les tissus nécrosés, mal nourris d'une part, la cavité close que présente l'utérus obstruée d'autre part, ne sont d'ailleurs que trop favorables à la pullulation des germes pathogènes. Nous ne pouvons que faire des hypothèses là-dessus. Cette si importante et si intéressante question ne sera résolue que le jour où l'on connaîtra la nature intime du cancer.

Nombreux sont les auteurs qui invoquent l'influence des germes pathogènes pour la production de la septicité du cancer. De plus, Bürckle pense que *toute pyométrie est infectieuse à son début* et que c'est précisément à ce stade de son évolution qu'elle se traduit par des phénomènes d'absorption septique et que c'est en ce moment que toute intervention radicale sur l'utérus serait redoutable quant à ses suites. Le même auteur se trouve en mesure de dire que la pyométrie perd ensuite ses caractères infectieux. Cette hypothèse, ne contredisant en rien les propriétés biologiques de cer-

tains microbes pathogènes, permet d'expliquer la bénignité de cas nombreux. Rappelons que le seul auteur (Léa) qui ait pratiqué des examens bactériologiques sur le contenu des pyométries, les a trouvés négatifs. Ses cinq malades ne présentèrent pas de phénomènes aigus avant l'opération et furent guéries sans complication d'aucune sorte.

CLINIQUE ET DIAGNOSTIC

Nous n'avons pas à exposer ici les symptômes du cancer utérin ; nous dirons seulement en quoi les symptômes présentés par des cancéreuses, porteuses de collections utérines diffèrent des signes du cancer classique.

Les symptômes fonctionnels (écoulement et douleur) revêtent une forme particulière au cours de beaucoup de cancers primitifs du corps compliqués de rétention purulente.

Une femme âgée, présentant depuis quelque temps les signes fonctionnels du cancer, s'adresse à nous dans un état pareil à celui qu'avait présenté la première malade du Prof. Weiss : « douleurs utérines très vives, qui revenaient avec une périodicité parfaite tous les deux jours vers 7 heures du soir et s'accompagnaient chaque fois d'un écoulement vaginal extraordinairement abondant et souvent d'hémorrhagies profuses. Ces douleurs étaient excruciantes et ressemblaient à celles des contractions expulsives de la matrice ; elles duraient, avec les mêmes caractères, depuis de longues années, mais s'étaient notablement accentuées dans les derniers temps.

Dans l'intervalle de ces crises paroxystiques, la malade était calme et pouvait vaquer assez librement à ses occupations. A cette époque, la santé générale était fort altérée ; il y avait de la fièvre chaque soir, un manque complet d'appétit, le visage était d'une teinte terreuse.

Nous examinons la malade et nous trouvons le corps de l'utérus gros, distendu. Il est à remarquer que la fluctuation est assez rare dans la rétention par cancer du corps. En cathétérisant la malade, on trouve la cavité longue de 8 à 10 cm. et il s'écoule du pus le long de la sonde, en même temps on peut reconnaître le siège et l'étendue de l'obstacle.

Les douleurs prennent quelquefois de très bonne heure ce caractère paroxysme et peuvent servir de signe révélateur de la complication et de la maladie elle-même. D'autres fois les pertes manquent complètement et les malades viennent, comme celle de Chrobak, nous demander conseil pour : « des douleurs abdominales affreuses survenues depuis quelques mois. La palpation fera découvrir une tumeur abdominale utérine dépassant plus ou moins (plutôt plus que moins) le pubis. Par le toucher vaginal on constatera la voûte vaginale plus ou moins cicatrisée et remplie par le segment inférieur de la même tumeur, nettement globuleuse et fluctuante. On ne trouvera pas trace du col utérin, ni de son orifice. Le toucher rectal complètera les renseignements. Les commémoratifs d'intervention chirurgicale au niveau du col et des cautérisations consécutives complèteront le diagnostic.

Une autre cancéreuse viendra vous dire qu'elle perdait en blanc et en rouge depuis un certain temps, alors que des douleurs abdominales sont apparues et que le ventre avait grossi depuis.

Elle vous dira aussi que les jambes sont enflées, que la vessie se vide mal ou ne se vide pas du tout et que la constipation est opiniâtre. On cherchera et on trouvera l'abdomen distendu par une grosse tumeur utérine, médiane, ferme ou fluctuante; la partie inférieure de la tumeur remplira la cavité pelvienne, pressant sur les culs-de-sac vaginaux, sur la vessie et le rectum. On cherchera à s'éclairer par le volume et la consistance de la tumeur utérine et après avoir dilaté le col, on se convaincra qu'il y a rétention utérine. On videra cette poche énorme, et les troubles de compression disparaîtront. Enfin, une autre malade viendra vous consulter pour un cancer du col, de la variété cavitaire. Elle présentera les signes habituels du cancer du col, plus ou moins au complet. C'est généralement une femme âgée, grande multipare, ayant dépassé la ménopause depuis de longues années. A l'inspection du ventre vous ne trouverez rien; au palper rien ou peu de choses; au toucher on constatera des signes de cancer du col. Quelquefois la rénitance de l'élasticité du corps utérin réveillent l'attention. Le palper et le toucher combinés montreront *l'utérus infailliblement augmenté de volume*, régulièrement sphérique, souvent fluctuant. Vous pratiquerez le cathétérisme et vous trouverez une cavité augmentée de volume, laissant *du pus s'écouler le long*

de la sonde. Ceci est le signe pathognomonique de la complication.

Les éléments du diagnostic de rétention utérine seront fournis par le palper abdominal. Celui-ci indiquera une augmentation de volume, habituellement moyenne, du corps utérin. Le toucher vaginal et rectal, le palper bimanuel feront reconnaître sa forme, pour la plupart (surtout dans le cancer du col) régulièrement globuleuse ou sphérique; la fluctuation est plus ou moins nette. Le signe pathognomonique de la rétention utérine, c'est-à-dire le liquide sera recherché au moyen du cathéter utérin ou par la dilatation du col. En cas d'atrésie complète du col, une ponction exploratrice de l'utérus distendu lèvera les doutes. L'état général de la malade, les troubles de compression en rapport avec le grand âge de la malade et le tableau clinique du cancer de l'utérus seront d'un secours utile.

a. Le diagnostic de la rétention utérine peut parfois être fait sans que l'état pathologique qu'elle complique soit connu. On recherchera donc son facteur principal. Le grand âge des malades et les antécédents génitaux feront éliminer la rétention utérine *par atrésie congénitale du canal utéro-vaginal.*

b. Les antécédents obstétricaux et chirurgicaux de la malade interviendront pour la discussion du diagnostic différentiel avec les rétentions utérines par *atrésie cicatricielle du col en dehors du cancer.*

c. L'état pathologique antérieur des fosses iliaques et du pelvis permettra de chercher l'origine de la collection purulente de l'utérus dans une *suppuration pelvienne*

antérieure, ouverte dans la matrice et collectée par suite de sténose cervicale. (Pierre Delbet).

Le passé génital de la malade vous permettra de dire si oui ou non on peut penser à une rétention par *métrite aiguë*.

L'état général de la malade, le tableau clinique présenté par l'affection, l'examen microscopique du liquide écoulé et des fragments curetés, leur examen bactériologique feront éliminer *le sarcome, le fibrome, le polype sous-muqueux, la tuberculose génitale* comme cause de rétentions utérines.

Il faudra différencier le cancer avec rétention, de :

a. *La grossesse*. La rétention utérine au cours du cancer s'observe après la ménopause. On ne pensera à la grossesse qu'exceptionnellement. Les commémoratifs et l'examen faciliteront le diagnostic; il ne deviendra très délicat que dans le cas où il y aura cancer avec hydramnios et enfant mort.

b. *La physométrie*. L'augmentation rapide du volume du ventre et de l'utérus, les signes de percussion permettront de définir exactement l'affection.

c. *Les gros fibromes durs*. L'anamnèse, le toucher intra-cervical, l'examen microscopiques des raclures, seront d'un grand secours.

d. *Les tumeurs kystiques de l'utérus*. L'exploration de la cavité utérine montrera que la tumeur et la fluctuation siègent dans la paroi de l'organe.

e. *Les tumeurs annexielles en général et les kystes de l'ovaire en particulier*. Ici, l'erreur a été faite plusieurs fois, et par des chirurgiens de grande valeur.

Le toucher et le palper combinés, permettront de saisir l'utérus entre les deux mains et de voir dans le cas de kyste que la tumeur est indépendante de la matrice. On s'assurera du diagnostic par le toucher intra-utérin et l'hystérométrie.

La coexistence de ces lésions est possible.

f. Les tumeurs de la vessie. Le toucher vaginal et rectal, le cathétérisme permettront d'établir le siège véritable de la maladie.

g. Ascite : La forme du ventre, la superficialité de la fluctuation, le déplacement facile des régions mates à la percussion feront facilement faire le diagnostic. De plus l'utérus, sera libre et la pénétration, dans sa cavité, vide de tout liquide, facile.

h. Le cancer du col avec rétention sera différencié du cancer du corps par la dilatation du col et l'exploration digitale de la cavité utérine.

MARCHE ET PRONOSTIC

Nous ne savons rien sur la durée de cette complication. Quant à sa marche, nous trouvons que, dans les formes fébriles, l'état général devient rapidement inquiétant, même chez des femmes bien portantes jusqu'alors. Cet état cède aux curetages répétés, qui soulagent les malades et prolongent sensiblement leur vie. Tel le cas de M. Weiss où la survie fut de trois ans. La rétention utérine se reproduit avec tout le cortège des phénomènes graves, si l'écoulement libre des liquides n'est pas assuré. (Pozzi, Weiss, Vautrin, Lebedeff).

Le pronostic général de la rétention utérine est celui du cancer qu'elle complique : il est fatal.

Quelle est son influence sur l'évolution du cancer ?
Quelle est celle des interventions chirurgicales ?

La question est trop peu étudiée pour qu'il soit possible de formuler quelque chose de précis ; d'autant plus que les avis des différents auteurs divergent, on ne peut plus, à ce sujet. Ainsi pour M. Vautrin « cette complication prend dans l'évolution du cancer utérin une grande importance, car elle cause des accidents septicémiques qui abrègent sensiblement la vie des patientes », tandis que pour Martin (cité par M. Vautrin) « les

sécrétions utérines peuvent être retenues à l'occasion dans la cavité utérine ou dans le canal cervical sans pour cela communiquer le processus malin à ces régions ».

Quant au pronostic opératoire, proprement dit, les avis ne sont pas moins partagés. Les auteurs anglais (Lea, cinq pyométries, Lewers, deux et M. W. Tate, cinq) qui n'ont observé aucune complication dans leurs hystérectomies vaginales pour cancer du col avec pyométries méconnues, s'accordent à reconnaître la bénignité opératoire absolue de cette complication, à condition toute fois de faire l'irrigation continue pendant la durée de l'opération et de drainer le Douglas.

Nous ne connaissons pas l'avis de M. Segond qui avait évacué par curettage préalable le contenu de quatre rétentions trouvées au cours de ses hystérectomies vaginales pour cancer de l'utérus. Les suites opératoires furent des plus normales dans ces quatre cas.

Bürckle, qui, sur dix-sept pyométries, complications opératoires d'H. V. étudiées, avait vu sept femmes mourir de péritonite septique, 2 à 5 jours après l'opération et cinq autres présenter un état fébrile inquiétant, pense au contraire que « la pyométrie est une complication redoutable au point de vue opératoire, surtout dans ses formes fébriles ».

M. Legueu, ayant perdu une opérée d'hystérectomie abdominale totale compliquée de pyométrie méconnue, dit : « C'est en effet, au cours des interventions, que la présence du pus dans la cavité utérine prend la valeur d'une redoutable complication ».

TRAITEMENT

Voici quelle sera la conduite à tenir dans les différents cas qui peuvent se rencontrer.

I. a. On dilatera de propos délibéré, de préférence au moyen des bougies d'Hegard tout utérus cancéreux devant être hystérectomisé.

Cette conduite devra surtout être observée quand il s'agira d'extraire l'organe par la voie haute (M. Legueu).

On s'assurera de la vacuité de la cavité utérine et on procédera à l'extirpation de la tumeur. On évacuera les liquides et les débris cancéreux qui pourraient s'y trouver. Les fongosités de la cavité utérine et du col, seront enlevées à la curette tranchante. On aseptisera les surfaces curetées avant que la cavité péritonéale ne soit ouverte. C'est alors, et alors seulement, que l'on procédera à l'hystérectomie proprement dite. Toute cause d'infection par les liquides septiques retenus dans la cavité utérine ou par des débris cancéreux sera évitée de cette façon.

Si l'atresie du col était complète, on usera du bistouri pour reconstituer l'orifice. On évacuera ensuite le liquide s'il y en a et on nettoiera la cavité utérine.

b. On se méfiera de toute cancéreuse fébricitante dont la fièvre ne pourra trouver d'autre explication. On se contentera dans ces circonstances de nettoyer énergiquement l'utérus, d'éloigner de la cavité les produits septiques et infectants. L'intervention radicale ne sera entreprise qu'après une période apyrétique prolongée (Bürckle).

c. Si la pyométrie n'était découverte qu'au cours de l'opération et avant que l'organe ne soit ouvert, on s'efforcera de dilater le col utérin d'une façon ou d'une autre, on videra sa cavité et on la nettoiera. La libération de toutes les adhérences de l'utérus avec les organes voisins sera effectuée ensuite. C'est après tout cela que l'on pratiquera les tractions lentes et continues sur l'organe (Hofmeier). On pourra procéder autrement, bien entendu, pour éviter tout danger d'inondation septique du champ opératoire.

Si le pus venait de se répandre subitement dans la plaie opératoire, la seule indication, serait de terminer rapidement l'opération, d'user aussi largement que possible de l'éponge et de l'irrigation continue avec un liquide antiseptique et de faire ensuite un drainage sérieux de la plaie opératoire. (Auteurs anglais, M. Leguen). On ne négligera pas le traitement général dans les jours qui suivront l'opération.

II. Quand, dans un cancer utérin, compliqué de rétention, toute intervention radicale sera reconnue impossible ou trop dangereuse, le chirurgien aura recours aux opérations qui, palliatives pour le cancer,

seront radicales pour la collection utérine souvent septique et dangereuse pour le malade.

a. Le curettage est indiqué dans tous les cas, afin d'éviter les accidents de septicémie et l'absorption par l'organisme de la masse énorme des principes de dégénérescence accumulés sans élimination au centre de la production néoplasique ou au-dessus d'elle.

b. Comme le curettage doit être répété successivement, il y a lieu de faciliter cette opération et d'éviter des accidents de rétention par la dilatation du col ou plutôt par la discision du col ou l'amputation supra-vaginale.

c. L'amputation supra-vaginale est le complément utile, sinon nécessaire, du curettage dans les cas de cancer intra-utérin. Elle permet le drainage continu, facilite le curettage répété et peut procurer une survie considérable. (Vautrin. Rev. méd. de l'Est, 1893).

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Hydropisie de l'utérus suivie de l'ulcération cancéreuse
du col de ce viscère.

(Mme Boivin et Dugès. *Traité pratique des maladies
de l'utérus et des annexes*. Paris, 1833, vol. II, p. 124).

Mme Ad. . . , âgée de 42 ans, retirée du commerce, avait eu plusieurs enfants, elle a eu de 38 à 40 ans deux grossesses dont elle avorta pour l'une de trois mois, pour l'autre de six semaines. Depuis la dernière les règles devinrent très abondantes, les pertes de sang continuelles. Le ventre se développa au point de faire croire à une nouvelle grossesse quoique la perte sanguine dût en éloigner toute idée. Les membres abdominaux s'infiltrèrent et acquirent un volume considérable. Toute languissante qu'elle était, la malade ne se plaignait que d'une douleur dans la région hypogastrique. Cet état durait déjà depuis un an, lorsqu'il se fit tout à coup une effusion abondante de fluide séreux par le vagin. La malade en fut inondée. Un écoulement de même nature continua ainsi par flot pendant six mois. Dans l'intervalle, la malade rendit quelques caillots de sang ; les membres se désenflèrent ; mais les douleurs de la région utérine devinrent plus vives

et même insupportables; plusieurs médecins furent appelés successivement. L'écoulement continuait toujours; il survint de la fièvre; le sommeil, l'appétit, les forces se perdirent et Mme Ad... était tombée dans un état d'émaciation complète lorsqu'elle vint chercher des secours à la Maison de santé (juillet 1832).

Le toucher nous fait reconnaître un vaste cancer du col de l'utérus et du vagin; l'état de destruction des parties génétales joint à l'état d'épuisement général, ne laissant aucun espoir d'amélioration, et la malade s'ennuyant de ne point éprouver de mieux être, on ne fit aucune difficulté de la laisser retourner à son domicile.

Cette hydropisie est attribuée par Mme Boivin à une grossesse hydatique, tandis que Dugès l'attribue plutôt à un ulcère cancéreux primitivement développé à l'intérieur de l'utérus; il y a eu grande production par exaltation d'une grande quantité de fluide, rétention de ce fluide par le gonflement, l'obstruction du col, et enfin éjaculation brusque d'abord, puis lente et continue, dès que le museau de tanche est évidé, détruit par le progrès de l'ulcération.

OBSERVATION II

(*Brachmann*. Schmidt's Jahrbücher, vol. XXVI, 1840, p. 50).

Une femme âgée de 62 ans, grande, forte, toujours bien portante. Elle a eu six enfants, accouchements et suites de couches toujours normaux, a son retour d'âge depuis dix ans. Depuis six ans elle mène une vie sédentaire, et fait remonter à cette époque le début de ses malaises : vertiges, céphalalgies, insomnies, dyspnée, vomissements glaireux et

surtout une difficulté périodique des mictions et de la défécation accompagné d'œdème des membres inférieurs qui durent chaque fois autant que les troubles ci-dessus énumérés. La patiente fait des cures régulières d'eaux bicarbonatées, des saignées, des purgatifs, etc. Au mois de février 1836, les œdèmes apparaissent plus prononcés et brusquement la rétention d'urine devient inquiétante, elle est accompagné par de la fièvre, des phénomènes généraux.

Au palper, on trouve une hydropisie nette de la matrice (hydromètra), qui a le volume d'un utérus gravide de sept mois. La tumeur est bosselée par place, par place fluctuante. On institue un traitement diurétique, les urines augmentent considérablement, les phénomènes généraux disparaissent et la circonférence abdominale diminue. Au commencement du mois de novembre de la même année la malade est prise de vomissements très forts. Ils deviennent bientôt tellement fréquents et abondants qu'elle dépérit de plus en plus et meurt le 25 du même mois.

A l'autopsie, on constate une énorme tumeur abdominale; après ouverture du ventre on voit que ce n'était que l'utérus démesurément distendu, complètement défiguré par la dégénérescence carcinomateuse, sa surface était recouverte de bosselures brunes de volume d'un œuf de pigeon ou de poule. A l'ouverture de l'utérus il s'échappe environ cinq litres de liquide aqueux, jaunâtre, d'odeur nauséabonde. Le tissu utérin est lardacé, de même les parois vaginales et les annexes qui présentent de plus les caractères de dégénérescence graisseuse et cartilagineuse. La surface utérine, est rouge et luisante, l'orifice interne est complètement fermé. Rien dans les autres viscères.

OBSERVATION III (*Résumée* :

**Skirrhus des uterus, fibroser Polyp. Pyometra,
Schwierigkeit der Diagnose und Therapie**

(Breslau. *Monatschrift für G. n. Frauenkunde*. Berlin,
1859, XIII, p. 443-447).

Mme Anna Bl. . . ; veuve, âgée de 61 ans, était soignée par moi depuis le 10 décembre 1855. Toujours bien portante, bien réglée de 12 à 56 ans, elle avait eu sept enfants à terme. La ménopause survint brusquement dans la 56^e année, en 1850. En juillet 1855, Mme Bl. . . eut une forte métrorrhagie de six jours; la métrorrhagie revenait ensuite tous les mois, accompagnée de douleurs dans la région ilio-lombaire droite et dans la hanche droite. Les organes génitaux externes étaient alors sensibles. Il existait une constipation opiniâtre. Le toucher me fit constater au fond du vagin une tumeur dure, pédiculée, grosse comme une noix; le pédicule était d'un doigt d'épaisseur; les lèvres du col raccourcies, de consistance cartilagineuse; l'utérus pesant, presque immobile. La tumeur se trouvait dans le vagin, son pédicule tenait à l'orifice externe du col. Polype utérin fibreux — tel fut mon diagnostic de cette tumeur. La consistance cartilagineuse des lèvres du col me fit penser à une infiltration de nature inflammatoire ou à une dégénérescence squirrheuse de l'organe. Le palper abdominal ne donna aucun renseignement. Le 10 janvier 1856 le polype fut extirpé, la tumeur saisie avec une pince de Museaux et le pédicule coupé sans abaissement préalable. Une quantité considérable de pus pur s'échappa par le vagin au moment où je coupais le pédicule. D'où venait ce pus? Je ne l'ai su que deux ans plus tard, au moment de l'autopsie, la cavité utérine, étant au moment de

l'opération absolument inaccessible au doigt, ni à la sonde. Le canal cervical me semblait être depuis longtemps obstrué par une autre tumeur de même nature que la première et trop à l'étroit dans la cavité utérine. Au spéculum je n'aperçus qu'un corps grisâtre, fendu par places, enclavé entre les lèvres du col non exulcérées. Cela me fit de nouveau penser à un utérus squirrheux ou enflammé renfermant une grosse tumeur fibreuse, qui a donné naissance au polype enlevé; je dus reconnaître aussi l'impossibilité absolue d'extirper cette tumeur présumée polypeuse, vu sa parfaite inaccessibilité. L'examen macroscopique et microscopique de la tumeur confirma mon diagnostic. L'opération améliora peu la malade qui souffrait ensuite de douleurs pelviennes permanentes et d'hémorragies de temps en temps. Au mois de février 1856 apparaît un écoulement ichoreux, l'incontinence d'urine qui diminue plus tard dans les derniers jours de la vie, peu après, apparaît une fistule vésico-vaginale d'un centimètre de diamètre. La constipation opiniâtre avec ténésme, des vomissements fréquents surviennent deux ou trois heures après les repas; le météorisme, l'anorexie, s'ajoutent l'amaigrissement considérable, la perte des forces. Le traitement n'était que symptomatique. La malade mourut le 7 avril 1858.

Autopsie : corps très amaigri, une sténose très prononcée du duodénum constituée par une saillie polypeuse de la muqueuse œdématiée et se trouvant à deux pouces du pylore. Les deux uretères dilatés comme un doigt, les calices et les bassinets aussi très dilatés par l'urine, la substance du rein droit est presque complètement disparue. L'utérus augmenté de volume, fixé par de nombreuses adhérences, enchâssé entre la vessie et le rectum; kyste de l'ovaire droit gros comme un œuf de poule. Les organes génitaux retirés en bloc avec la vessie et le rectum, voici ce qu'ils présentèrent : les lèvres

du col utérin épaissies du double au moins, infiltrées d'une masse squirrheuse facilement reconnaissable même à l'œil nu. La masse squirrheuse pénètre dans la cavité cervicale et l'oblitére complètement, toute tentative d'y pénétrer avec une sonde où le doigt reste vainé. Une tumeur fibreuse grosse comme un haricot est enchâssée dans le tissu de la partie postérieure du col. La cavité utérine est dilatée comme un œuf d'oie, un pus jaune de bon aloi s'écoule à son incision. Les parois utérines très amincies, sa muqueuse convertie en une membrane pyogène est d'un gris ardoisé. Les deux trompes oblitérées, l'ovaire gauche sain. La vessie très petite, fermée, son fond et sa paroi postérieure infiltrés par le squirrhe; une petite fistule laissant passage à une sonde et réunissant la vessie et le fond du vagin; toute la circonférence vésicale présentant de la rétraction cicatricielle. Le rectum relativement assez rétréci, sans infiltration squirrheuse. Nul métastase ailleurs.

Le diagnostic de pyométrie aurait certainement pu être fait par une ponction exploratrice (akidopeirastik). Une évacuation répétée du pus aurait probablement modéré les symptômes observés. Je ne l'ai malheureusement pas appliquée; ce mode d'exploration m'étant inconnu à ce moment.

La cicatrisation spontanée de la fistule vésico-vaginale prouve, de nouveau, la possibilité de la cicatrisation partielle des tumeurs carcinomateuses. L'hydronéphrose bilatérale qui accompagne fréquemment les affections utérines de cette nature, était produite par l'infiltration squirrheuse des uretères au niveau de leur embouchure dans la vessie. Les vomissements s'expliquent par la prolifération polypeuse si rare de la muqueuse duodénale; l'oblitération des trompes empêchait le passage du pus dans la cavité abdominale. Il est curieux de remarquer combien longtemps le pus avait séjourné (séjournait ?) dans la cavité utérine sans se

faire jour au dehors, excepté le moment de l'extirpation du polype fibreux. L'extension locale relativement peu importante du squirrhe et sa destruction démontrent combien est médiocre dans le cancer fibreux dur, la tendance à la diffusion et au ramollissement, l'absence des métastases m'ont démontré une fois de plus que le pronostic de l'amputation du col utérin cancéreux est plus favorable que celui de l'extirpation d'autres tumeurs cancéreuses.

OBSERVATION IV (Résumée.)

Carcinum und Hydrometra des Corpus uteri in Verbindung mit linkseitiger verkalkter Ovariencyste und mit mehr mal ger Achsendrehung des Stieles derselben.

(Gerhard Léopold. *Arch. Gyn.* Berlin, 1878, VIII, 205-210.)

Femme, âgée de 69 ans, avait eu six enfants, le dernier à l'âge de 39 ans. Les suites de couches étaient toujours normales.

En 1847, deux ans après son dernier accouchement, la malade, âgée alors de 42 ans, se plaint des douleurs du ventre que l'on peut rapporter à un début d'affection ovarique, à une torsion du pédicule d'un kyste autour de son axe. Elle avait, à ce moment, une affection inflammatoire du bas ventre, de fortes douleurs dans le côté droit ; ces manifestations inflammatoires et douloureuses, revinrent trois fois pendant la même année avec des intervalles de 3 mois ; chaque accès fut accompagné d'une tuméfaction considérable au niveau du bas ventre. Aucune nouvelle manifestation de cette nature depuis la ménopause qui s'installa rapidement et sans manifestation d'aucune sorte dix ans plus tard, en 1857 ; la malade avait alors 52 ans.

Quinze ans plus tard, en 1870, survinrent de fortes hémorrhagies. Son médecin, M. le Dr Plos, voit la malade en consultation avec M. le professeur Crédé ; ils constatent, dans la moitié droite du bas ventre, une tumeur ferme, immobile, atteignant le volume d'une tête d'enfant ; la tumeur tenait à l'utérus. La partie vaginale de l'utérus était absolument intacte. Le canal cervical, dilaté par des éponges, était aussi normal ; mais l'orifice interne, passé la cavité utérine, était tapissée par des masses ramollies, friables, arrivées à l'état de décomposition ; ces masses mêmes fournissaient tout le sang et aussi un liquide cancéreux.

Le traitement consistait en injections désinfectantes et tamponnement du vagin. La tumeur abdominale n'incommodant en rien la malade à ce moment, aucun traitement ne fut institué.

L'état général restait remarquablement bon, il n'y avait pas d'amaigrissement, l'appétit était toujours parfait, malgré le séjour au lit pendant plus de 9 mois.

Vers les derniers jours de la vie, apparut un écoulement fétide ichoreux et les douleurs s'accrochèrent. La mort arriva à la fin du mois de décembre 1874.

Autopsie. — Le corps est très anémié, bien constitué, pas amaigri. Du liquide brun clair, assez fluide, se trouva en grande abondance dans la cavité abdominale. On l'évacue et on découvre une tumeur dans la région droite du bas ventre (suit la description très détaillée du kyste calcaire de l'ovaire gauche à pédicule tordu. L'utérus est en position normale, très augmenté de volume, sa surface inégale, anguleuse, farcie de tumeurs. Le fond se présente sous forme de tumeur sphérique, molle, fluctuante, les parois antérieures sont molles, presque écrasables ; la partie postérieure du corps est, au contraire, augmentée de volume, très dure. A la coupe longitudinale, la paroi du fond n'a que $\frac{1}{4}$, $\frac{1}{2}$ centi-

mètre d'épaisseur et circonscrit une large cavité remplie de masses ressemblant à de la matière cérébrale ; la surface de ces masses est lisse au niveau du fond et dilacérée le long des parois de la cavité. Les parois du corps, jusqu'à son orifice interne très épaissies (3, 4 cm.), sont farcies de nombreux tubercules d'un blanc grisâtre, gros comme des haricots.

Le col, dans toute son étendue, est de consistance normale, un peu congestionné et fendillé par places. L'utérus dilaté, contient une grande quantité de liquide. Pas de métastases dans les autres organes.

L'examen microscopique de plusieurs petits morceaux de cet utérus, de son fond et du corps, démontre qu'il s'agissait d'un épithélioma de la muqueuse utérine. Les tissus du col étaient hypertrophiés et infiltrés de globules de pus. Il n'est pas douteux que nous n'ayons affaire à un carcinome localisé exclusivement au corps de l'utérus et surtout à son fond et qui ne s'était étendu jusqu'au col que dans le dernier temps, ce qui est prouvé par l'examen microscopique, ainsi que par de nombreuses explorations manuelles faites du vivant de la malade. En second lieu, nous devons remarquer qu'une obstruction de l'orifice utérin interne s'était formée par suite de l'épaississement considérable des parois de l'organe au niveau même et au-dessus de l'orifice et une rétention consécutive des masses carcinomateuses. L'épaississement des parois va en augmentant au fur et à mesure que l'infiltration progresse, plus les parois étaient épaissies, plus l'occlusion devenait parfaite. Une accumulation toujours croissante du mucus et des produits de destruction des masses cancéreuses — l'hydrométrie était ainsi formée dans la cavité de cet utérus ; c'est cette hydrométrie qui est la cause de la tuméfaction sphérique, molle et fluctuante que

nous avons constatée au fond, ainsi que de l'amaigrissement extrême de la paroi utérine à ce niveau.

OBSERVATION V

A case of suppuration of the uterine cavity resulting from occlusion of the cervix.

(Dr Galabin. *Transaction of the obstetr. soc. of London*, vol. XIX, 1877.)

La malade K..., mariée, âgée de 63 ans, devint veuve à 30 ans. Elle avait eu huit enfants et deux fausses couches. La ménopause à 53 ans.

Dans le courant des cinq derniers mois, la malade eut trois hémorrhagies, la première fois, elle perdit une demi-pinte de sang. Quant à l'origine du mal, la malade le fait remonter à il y a sept semaines environ, lorsqu'elle commença à souffrir des douleurs abdominales. Peu après, son ventre se mit à grossir et il lui était impossible d'uriner sans cathéter. Il était aussi difficile de lutter contre la constipation.

A son entrée au Guy's Hospital, on trouva son abdomen distendu par une tumeur, de consistance ferme, placée sur la ligne médiane et allant jusqu'à l'ombilic. La partie inférieure de la tumeur emplissait la cavité pelvienne et distendait le cul de sac de Douglas en pressant sur le périnée. Le vagin était repoussé vers le pubis et allongé. Le col pouvait être atteint tout à fait en haut derrière la symphyse pubienne. Il paraît normal au doigt, mais est cependant assez difficile à atteindre. Au toucher rectal, on sent la tumeur qui remplit la cavité pelvienne ; elle est globuleuse, élastique, quoique fort tendue. On pensa à une tumeur ovarienne. On voulut essayer de repousser la tumeur dans la cavité. A ce sujet,

on plaça dans le rectum des ballons d'air, on essaya d'autres manœuvres, mais en vain. La rétention d'urine et de matières fécales persistait. On ponctionna donc la tumeur par le vagin. Il s'en écoula un flot de pus pur. On agrandit l'ouverture et on draina. Cependant, la malade ne tarda point à présenter des signes de péritonite généralisée et mourut peu de jours après.

A l'autopsie, on trouva le péritoine inondé de pus. La tumeur n'était autre que l'utérus rempli de pus et fortement rétrofléchi. Les parois utérines étaient épaissies et rouges à l'intérieur. L'occlusion utérine avait été produite par un cancer ayant débuté au niveau de l'orifice interne du col sans trop empiéter sur l'orifice externe. La présence du pus dans le corps a été probablement due à la pénétration de substances cancéreuses. Le pus évacué n'avait cependant aucune odeur. Il y avait aussi quelques légères adhérences avec le cul de sac de Douglas. Poids de l'utérus : 9 onces et $\frac{3}{4}$. Le corps de l'utérus était libre de toute propagation cancéreuse. La tumeur cervicale était carcinomateuse : trabécules fibreux vides ou remplis de cellules rondes. Le péritoine couvrant l'utérus était sain.

OBSERVATION VI

Two specimens of Pyometra.

(Mattheur Duncan. *Transaction of the obstet. S. of London*, 1879, vol. XXI, p. 54, 57.)

Femme âgée, morte dans de grandes souffrances. A l'autopsie, on trouva, outre un cancer de la moëlle épinière, des lésions cancéreuses localisées au col de l'utérus. Le corps était distendu et formait une cavité de deux pouces de dia-

mètre. Les parois étaient hypertrophiées et tapissées d'une membrane pyogénique. Le pus remplissait la cavité.

OBSERVATION VII

Case of pyometra

(M. Galabin présente des préparations microscopiques d'une paroi utérine atteinte de pyométrie. — *Tr. Obst. Soc.*, London, 1880, vol. XXII, p. 239-241).

Il s'agit d'une femme âgée de 70 ans. La malade mourut peu de jours après une opération de hernie étranglée. Pendant sa vie elle n'avait présenté d'autre symptôme que quelques pertes purulentes.

Autopsie. — Le corps de l'utérus est distendu, la cavité mesurant 3 pouces de diamètre est pleine de pus. Aucun obstacle sérieux au col ; la muqueuse utérine paraît très enflammée, aucune apparence de cancer visible à l'œil nu. Au microscope on ne trouve dans les parois autre chose qu'une infiltration leucocytaire. Cependant près de l'orifice interne du col on trouve une petite surface rugueuse formée d'un tissu alvéolaire renfermant des cellules carcinomateuses très évidentes.

OBSERVATION VIII

Distension of uterus from partial obstruction of cervix.

(Docteur Galabin. — *Trans. Obst. Soc.*, London, 1885, vol. XXVII, p. 81-83).

M. Galabin montre un utérus de femme âgée de 61 ans avec une tension considérable du corps par un liquide muco-

sanguinolent et une obstruction partielle du col. La patiente était morte 6 jours après l'opération d'un cancer du sein. L'utérus était mobile, non adhérent et contenait deux onces de liquide. Le canal du col était obstrué sur une longueur de $\frac{3}{4}$ de pouce par une cloison occupant la partie inférieure du col. Il résultait de sa disposition symétrique que ce septum était plutôt congénital et non adhésif. Un stylet pouvait pénétrer des deux côtés du septum. L'introduction d'une sonde utérine était impossible.

La femme tout en ayant été deux fois mariée n'a eu son premier enfant qu'à 46 ans. L'enfant était venu à terme. Pendant sa vie la malade n'a jamais eu de menstruation troublée.

OBSERVATION IX

(Hofmeier. — *Centralblatt f. Gyn.*, 1886, N 9, p. 140-141.)

M. Hofmeier présente un utérus qu'il a extirpé en totalité à une femme de 70 ans, très robuste, utérus remarquable en ce que le carcinome du col de cet organe était compliqué d'une pyométrie considérable.

A l'examen on constatait une augmentation notable du corps de l'utérus, dont le col était le siège d'un carcinome; on pensait à la propagation du processus morbide jusqu'au corps et on en conclut à l'extirpation totale. L'abaissement de l'utérus étant impossible de par son volume, on était obligé de faire la ligature des annexes in situ pour rendre l'organe absolument mobile dans le petit bassin. La grosse difficulté était alors de dégager l'utérus ainsi libéré de toutes parts en évitant le danger d'arracher le corps du col en tirant fort ou de faire rompre les parois si amincies

du corps surdistendu par la collection. Le col fut dilaté, le liquide évacué, et l'utérus dégagé dans son intégrité après quelques tentatives.

La tumeur présente encore — après la conservation dans l'alcool pendant 6 semaines — une largeur de 10 centimètres et une circonférence de 24 centimètres.

La convalescence fut parfaite. Le néoplasme est un carcinome limité au col, la cavité utérine à parois si minces n'est remplie que par la collection.

OBSERVATION X

Carcinome du col de l'utérus avec pyométrie
(Hofmeier. — *Centralb., f. Gyn.*, 1886, N 24.)

M. Hofmeier présente un utérus d'une hystérectomie totale pour carcinome de la muqueuse du col avec pyométrie ; le néoplasme siégeant au niveau de l'orifice interne le rétrécissait fortement. Ce cas est remarquable en ce que l'organe étant avant l'opération gros comme le poing et flasque, s'était extraordinairement contracté une fois vidé et nettoyé ; ses parois devinrent excessivement épaisses et sont restées telles.

OBSERVATION XI (Résumée.)

Beitrag zur Therapie des carcinomes uteri mit einer Bemerkung über Hydrometra.

(Chrobak. — *Wiener Med., Wochensch.* 1887, NN 44 et 45)

J'ai fait en automne 1882 l'opération de l'évidement vaginal à une dame âgée de 55 ans. Elle n'était plus réglée depuis

12 ans. Depuis un an elle avait des hémorrhagies fréquentes ainsi qu'un écoulement. A l'examen je constatai un vagin ratatiné de vieille femme, la voûte vaginale et les parties persistantes de la portion vaginale du col couvertes par des masses molles, friables, facilement saignantes que j'enlevai ensuite avec une curette tranchante. La plaie fut ensuite soignée par de l'acide nitrique fumant. Les suites de l'opération ne présentèrent rien d'anormal. Les fragments du néoplasme enlevés cette fois-ci ne purent malheureusement pas être examinés au microscope. L'état de la malade était parfait dans les quatre années suivantes. Je l'ai vue plusieurs fois. En janvier 1886 elle revient me consulter à cause de douleurs abdominales apparues depuis quelques mois. La palpation fait découvrir une tumeur abdominale dépassant la symphyse pubienne grosse comme un utérus gravide de 4 mois. La voûte vaginale cicatrisée est remplie par le segment inférieur de la même tumeur nettement globuleuse et fluctuante, on ne trouve pas trace de col utérin, ni de son orifice. Il était évident que l'opération avait amené une atresie du col utérin et qu'il s'agissait d'une hydrométrie. La malade étant obligée de partir de suite pour son pays, j'étais réduit à ne lui faire qu'une simple ponction de la tumeur au niveau du point le plus fluctuant de la voûte vaginale. J'ai retiré plus d'un tiers de litre de liquide dont je rapporte plus loin l'analyse chimique et microscopique.

La malade revint encore en octobre 1886. La ponction du mois de janvier ne l'avait soulagée que pour un temps très court, et au moment de mon examen l'état de son ventre était pareil à celui de la fois précédente avec cette différence que l'utérus était encore plus gros. L'utérus distendu et globuleux fut ouvert au bistouri par le vagin; après avoir vidé l'organe et lavé sa cavité avec une solution d'acide phénique, je suturai la muqueuse vaginale à celle du col de façon à

assurer un orifice permanent du col d'un centimètre de diamètre au moins. Mèche de gaze iodoformée, temponnement à la même gaze. Enlèvement des fils au cinquième jour. La cavité utérine mesurait alors 8 centimètres, la sonde intra-utérine n'indiquait rien d'anormal.

En décembre 1886, hémorrhagies très irrégulières. J'enlève en janvier 1887 une prolifération polypeuse de la cavité utérine, prolifération qui fut reconnue être un carcinome glandulaire absolument typique (examen microscopique fait par M. le professeur Friset).

La malade vit encore après un deuxième curetage.

Examen du liquide retiré au mois de janvier 1886, fait dans le laboratoire de M. le professeur E. Ludwig. On avait retiré 377 c.c. d'un liquide jaune-verdâtre, trouble, de réaction alcaline, de densité 1026. Le sédiment obtenu par le repos prolongé du liquide contenait de nombreux globules sanguins, des cellules épithéliales, des cristaux de cholestérine. L'analyse qualitative démontra la présence de sérum-albumine, de sérum-globuline, des sels du sang.

D'après la même analyse, un litre de liquide aurait contenu :

Résidu sec.....	84 ^{gr} 075
Subst. organ.....	76 025
Cendres.....	8 05
Solubles dan l'eau.....	7 07
Insolubles dans l'eau.....	0 98

Les résultats de l'analyse du liquide retiré en quantité de 410 gr. fut absolument pareil au premier, c'est-à-dire qu'on ne constata aucun élément carcinomateux, quoique la première hydrométrie eût été suivie par la deuxième au bout de 8 mois, et 2 mois 1/2 après, une tumeur éminemment carcinomateuse fût extirpée de ce même utérus ; cela prouve que

la présence des éléments carcinomateux n'est ni constante, ni nécessaire dans certains cas ; du reste, nous le voyons à chaque instant dans les cancers fongueux de la vessie.

OBSERVATION XII

Cancer du corps de l'utérus. — Rétention des liquides, phénomènes graves. — Curettage et cautérisation intra-utérine au fer rouge. (Thèse d'Adrien Pozzi.)

Louise A. . . , 59 ans, couturière, entrée le 1^{er} janvier 1888 à l'hôpital Pascal, salle A, lit 5. Réglée à 16 ans. Menstruation régulière, quatre enfants, le dernier en 1862. Couches bonnes, sauf la dernière qui est suivie d'hémorrhagies durant quatre jours et présentant une assez grande gravité.

Cependant elle se rétablit bien ; les règles reviennent et restent normales. A cinquante ans, ménopause, sans troubles de la santé. Il y a deux ans, elle commence à perdre en blanc, puis les pertes deviennent rosées et ressemblent à du jus de viande clair. Quelques pertes de sang, durant seulement quatre ou cinq heures, mais très considérables, affaiblissaient beaucoup la malade et la forçaient à garder le lit pendant plusieurs semaines. Elle va consulter un médecin qui la traite par des cautérisations tous les deux jours pendant huit mois.

Fréquemment, la nuit, douleurs lombaires extrêmement intenses ; amaigrissement, grande faiblesse.

En novembre 1884, la malade entre dans le service de Gallard et y reste jusqu'au mois de février.

Dans le courant de novembre, Gallard pratique le grattage avec une curette et fait suivre ce premier curettage d'une cautérisation au thermo-cautère. La nuit qui suit le

curettage, la malade perd du sang pendant une heure. On arrête cette métrorrhagie au moyen d'injections chaudes et de perchlorure de fer. Six semaines plus tard, cautérisations simples, sans curettage. Depuis la première opération, la malade ne perdait plus de sang.

Les pertes deviennent bientôt fétides, de couleur grisâtre et mêlées d'une petite quantité de sang. Il paraît y avoir eu, dès cette époque, rétention utérine des liquides, car la malade signale ce fait, que ses pertes se produisaient subitement en très grande abondance et suivaient justement une période de jours où elle avait très peu perdu. Cette évacuation soulageait toujours beaucoup la malade, et le mieux dans son état était d'autant plus apprécié que les jours précédents elle avait à se plaindre de malaise, d'anorexie, etc., etc.

Elle sort de l'Hôtel-Dieu en février 1887 et entre le 21 du même mois à l'hôpital Pascal, salle A, n° 5, service de M. Pozzi.

A ce moment, l'examen au toucher et au spéculum révèle l'existence d'un cas type d'épithélioma du corps de l'utérus. Le col est intact, seulement entr'ouvert et ramolli ; au spéculum, on ne découvre aucune altération. Au moyen du cathétérisme, on reconnaît la présence de fongosités intra-utérines appréciables ; la cavité est très agrandie. Le 2 mars, sans anesthésie, après dilatation du col avec des bougies de Hegar, on pratique un curettage des fongosités destiné à permettre le facile écoulement des liquides qui donnent lieu, comme déjà précédemment, à des phénomènes de rétention. Ce curettage est suivi de cautérisation au fer rouge plongé et promené largement dans la cavité utérine. L'amélioration qui suit l'opération est très sensible, et la malade peut partir pour le Vésinet quatre semaines plus tard. Elle y reste un mois, puis rentre chez elle jusqu'au mois d'août ; on lui fait tous les jours des injections intra-utérines, sans curettage ni

cautérisation. Elle retourne ensuite au Vésinet jusqu'au 15 septembre et, le 1^{er} janvier, reprend un lit à l'hôpital. Dans les premiers jours du mois, phénomènes graves de rétention utérine ; la malade a de la fièvre, des frissons, un malaise très accentué, une anorexie absolue et même quelques vomissements, son état devient même grave. Le 12 janvier, nouveau curettage suivi de cautérisation. Rien de particulier à noter. Depuis cette époque, la malade n'a plus de pertes, mange avec appétit et peut même se lever. Elle perd toujours en blanc, ses pertes ne sont pas extrêmement fétides, et d'ailleurs, depuis quelques jours, les injections vaginales sont faites avec la liqueur de Labarraque au quart. L'état général est satisfaisant.

OBSERVATION III

Cancer du corps utérin. Complication de pyométrie. Heureux résultat du traitement. Palliatif

Par M. le Prof. Weiss. (*Revue médicale de l'Est*, 1874, p. 744)

M^{me} P..., âgée à cette heure de cinquante-deux ans, n'ayant jamais eu d'enfant, présente, depuis une dizaine d'années environ, des troubles du côté des organes génitaux ; mais ce n'est en réalité qu'il y a six ans que la maladie, dont elle est atteinte, paraît avoir débuté et s'être traduite par les symptômes que l'on constate encore à l'heure actuelle. Soignée d'abord fort longtemps par un des praticiens les plus réputés de notre ville, qui méconnut complètement le caractère de son affection, elle finit par se mettre entre les mains de M. Herrgott père, qui reconnut, grâce à l'apparition des fongosités dans l'intérieur de la cavité cervicale, l'existence d'un cancer de l'utérus, et eut l'extrême amabilité de me confier le traitement.

Je vis pour la première fois cette malade au mois de mars 1890. A cette époque, la santé générale était fort altérée ; il y avait de la fièvre chaque soir, un manque complet d'appétit ; le visage était d'une teinte terreuse, et quoique cette personne fût d'une constitution très robuste, il était, à première vue, évident que son état était peu satisfaisant. Comme troubles fonctionnels, elle accusait des douleurs utérines très vives qui revenaient, avec une périodicité parfaite, tous les deux jours, vers sept heures du soir, et s'accompagnaient chaque fois d'un écoulement vaginal extraordinairement abondant, et souvent d'hémorrhagies profuses. Ces douleurs étaient excruciantes et ressemblaient à celles des contractions expulsives de la matrice ; elles duraient, avec ces mêmes caractères, depuis de longues années, mais s'étaient notablement accentuées dans les derniers temps.

Dans l'intervalle de ces crises paroxystiques, la malade était calme et pouvait vaquer assez librement à ses occupations. Je m'apprêtais à pratiquer le toucher vaginal, pour confirmer le diagnostic de cancer du col, porté par mon collègue, quand, examinant d'abord le ventre, je fus frappé de son grand développement, dû manifestement à la présence d'une tumeur abdominale. Celle-ci était très dure, et remplissait non seulement tout le bassin, mais remontait jusqu'à l'ombilic, qu'elle dépassait de deux travers de doigt. En combinant le palper avec le toucher, je pus m'assurer qu'elle était constituée par l'utérus augmenté de volume, et qu'elle avait des dimensions qui atteignaient celles d'une grossesse de six mois.

A en juger d'après l'état du col, le cancer était évident ; je pensai qu'il s'agissait d'un épithélioma greffé sur une tumeur fibreuse, bien que mon collègue affirmât que cette tumeur n'existait pas au moment de ses précédents examens, et je proposai, à titre purement palliatif, un curettage de l'utérus.

Cette opération fut acceptée et pratiquée le 26 mars 1890, après chloroformisation préalable. Après avoir débarrassé le col des végétations qui l'encombraient, je pénétrai avec la curette dans l'intérieur de l'utérus, et, à ma grande satisfaction, je vis sortir de cette cavité un flot de pus glaireux, que je puis bien évaluer à un litre et demi, sinon deux litres. En curettant les parois de l'utérus, je ramenai, par les lavages antiseptiques, des bourgeons et des débris de tumeur, qui ne laissèrent aucun doute sur l'existence d'un cancer du corps utérin, et qui, examinés par M. le Dr Baraban, se révélèrent avec tous les caractères de l'épithélioma ordinaire. Dès lors, la filiation et l'enchaînement des accidents m'apparurent d'une façon claire et manifeste ; il était évident que cette femme était atteinte depuis fort longtemps du corps utérin, que le diagnostic n'avait été fait que tardivement, alors que le cancer s'était étendu au col ; enfin que l'oblitération du col par les bourgeons avait amené une pyométrie, et, par suite, les phénomènes d'intoxication scepticémique que j'avais constatés.

Grâce aux précautions prises et aux lavages antiseptiques continués les jours suivants, cette opération de curettage, non seulement ne fut suivie d'aucune espèce d'accident, mais elle amena dans l'état général une amélioration telle, que, quinze jours après, la malade était absolument méconnaissable ; elle était en quelque sorte revenue à la vie, n'avait plus de fièvre ni de troubles digestifs, plus de douleurs utérines, à peine un léger écoulement vaginal. Dans ces conditions, il y avait lieu de se demander si une opération plus radicale, l'hystérectomie, n'était pas indiquée ; après mûre réflexion, je ne le pensai pas. En effet, bien que l'utérus fût revenu sur lui-même, au point de ne plus dépasser le pubis que de deux travers de doigt, il était encore très gros, et, surtout, il gardait une immobilité qui ne me paraissait pas

favorable à une intervention opératoire. Enfin, la malade n'était rien moins que décidée à courir les chances d'une aussi grosse opération. Bref, je me décidai à laisser aller les choses et à avoir recours au seul traitement palliatif; je n'ai pas, jusqu'à présent, eu lieu de m'en repentir, vous allez en juger.

Pendant près d'un an, cette malade se trouvait dans l'état le plus satisfaisant, perdant peu, ne souffrant guère, et vaquant aux soins de son ménage, comme si elle n'était pas atteinte d'une grave affection. Au bout de ce temps, néanmoins, les *mêmes symptômes* reparurent, coliques et écoulements intermittents, distension graduelle de l'utérus, état général moins satisfaisant. Un deuxième curetage était devenu nécessaire; il fut pratiqué, au mois de mai 1891, avec le même succès momentané, quoique de moindre durée. Les bourgeons enlevés avaient toujours les caractères de l'épithélioma, ainsi qu'il résulte d'un deuxième examen fait par M. Baraban.

Comme les accidents menaçaient de se reproduire et me paraissaient surtout en rapport avec les phénomènes de rétention utérine, je pratiquai, à partir du mois d'octobre 1891, une dilatation systématique et hebdomadaire du col avec les bougies de Hegar, suivie d'un lavage de la cavité utérine avec du sublimé et de l'eau bouillie.

En favorisant ainsi l'écoulement des liquides intra-utérins, je pus éviter toute accumulation, et diminuer en même temps les douleurs paroxystiques, qui accompagnaient, tous les deux jours, l'évacuation de la cavité utérine.

Depuis trois mois, la maladie s'est lassée de ces manœuvres; aussi ses souffrances ont-elles reparu avec leurs caractères d'intermittence, tels que je les ai décrits plus haut; je serai vraisemblablement forcé de recourir prochainement à une troisième tentative de curetage, que l'état général, en-

coré relativement satisfaisant, de cette femme m'autorisé absolument à tenter.

Etant en ce moment parti en vacances. Mme P... se mit entre les mains d'un médecin de la ville qui, trouvant un gros col pratiqua une *vigoureuse* cautérisation, avec un caustique violent. Il en résulte une inflammation intense, avec *péritonite*, à laquelle cette femme faillit succomber.

A son retour, M. Weiss trouva une cicatrice englobant le fond du vagin et le col utérin ; bien que le canal cervical fût perméable (ce que démontrait l'écoulement intra-utérin, il était devenu impossible de passer l'hystéromètre, tant le rétrécissement était étroit et tortueux.

L'utérus se distendant de plus en plus et les douleurs devenant intolérables, M. Weiss se décide à faire une laparotomie exploratrice, se réservant de se conduire suivant les circonstances. Le ventre ouvert, il reconnaît un utérus très distendu, fluctuant, à parois assez épaisses. Craignant de pratiquer une hystérectomie, avec une poche qu'il était difficile de pontionner et qui contenait un pus aussi fétide, il se décide, à *titre purement palliatif*, à pratiquer la marsupialisation de l'utérus. Celui-ci est fixé préalablement par une collerette de sutures au péritoine pariétal, puis la plaie est bourrée de gaze iodoformée. L'utérus n'est incisé que deux jours après, au thermo-cautère. Deux gros drains sont introduits dans sa cavité, qui renferme un pus horriblement fétide.

Au bout de quelques jours, on fait des lavages dans la poche, ce qui amène une disparition des douleurs et de la fièvre.

L'amélioration progresse de plus en plus, et un mois après l'état était redevenu très satisfaisant. Chose curieuse, à un moment donné, par cette sorte de lavage rétrograde, le col

utérin redevint perméable, et l'injection faite par le drainage abdominal reflua vers le vagin.

Avec des alternatives diverses, la malade se soutint ainsi pendant trois ans, et ne succomba qu'en 1897, aux progrès de la cachexie et après que l'abcès utérin se fut ouvert secondairement dans le rectum. Dans les derniers temps de son existence, elle avait eu une hémiphégie, qui hâta sa fin.

En résumé, Cancer du corps utérin, ayant débuté il y a 6 ans et soumis à mon observation personnelle depuis près de 3 ans ; *complication de pyométrie* atteignant des proportions tout à fait insolites, heureux résultat du traitement palliatif.

OBSERVATION XIV

Par le Professeur Weiss (*Revue méd. de l'Est*, 1892, p. 744).

La deuxième malade que j'ai eu à traiter, Mme G..., m'est adressée le 27 février 1892 par un de mes amis et ancien collègue d'internat, médecin des plus distingués, qui la soignait depuis deux ans, pour une métrite hémorrhagique. Agée de 68 ans, mère de nombreux enfants, cette femme avait présenté les mêmes symptômes que ceux que je viens de signaler, et sur lesquels je ne reviendrai pas ; mais l'intégrité absolue du col avait éloigné l'idée d'un cancer, et seule l'apparition récente de quelques fongosités dans la cavité cervicale, avait révélé la nature du mal. En raison de la mobilité de l'utérus et de la conservation de la santé générale, je proposai, malgré le grand âge de la patiente, l'hystérectomie vaginale, qui fut acceptée et pratiquée le 1^{er} mars 1892, à la Maison de santé de l'Hôpital. Cette opération présenta quelques péripéties que je crois devoir signaler, parce qu'elles me paraissent

saient avoir eu une influence fâcheuse sur l'issue finale. Après avoir détaché circulairement la muqueuse vaginale du museau de tanche, je saisis celui-ci, comme d'habitude, avec une pince de Museau, pour attirer en bas tout l'organe; et j'allais continuer la dénudation, quand, sans qu'un effort violent ait été exercé, tout le segment inférieur de l'utérus me resta dans la main, en même temps qu'un flot de pus vint inonder le champ opératoire. La séparation s'était faite à l'union du col et du corps, point où l'épithélioma avait détruit toute l'épaisseur de la paroi, et, du même coup, la cavité utérine, largement ouverte, avait laissé écouler son contenu, qui pouvait être évalué à 300 grammes.

Comme dans la première observation, que j'ai rapportée plus haut, il y avait donc de la *prométrie*, dont rien ne m'avait fait supposer l'existence. C'était là une circonstance des plus fâcheuses, la présence du pus risquant fort d'amener la contamination du foyer traumatique. Avant de continuer l'opération, je pratiquai un lavage soigneux, non seulement du vagin, mais encore de la cavité utérine; je pus ensuite saisir le corps utérin avec les pinces fixatrice, et terminer l'opération comme d'habitude.

Pendant 48 heures, les suites parurent en devoir être favorables; mais bientôt survinrent les signes de la péritonite, à laquelle cette malade succomba, le cinquième jour. C'est, du reste, la seule mort que j'aie eu à enregistrer, à la suite de l'hystérectomie vaginale.

L'autopsie ne put être faite; quant à l'examen de la pièce, elle démontra l'existence d'un épithélioma, étendu à toute la muqueuse utérine.

OBSERVATION XV

Par le Professeur Weiss. (*Revue méd. de l'Est*, 1892, p. 744.)

Elle concerne Mme X..., âgée de 56 ans, multipare, traitée, au moment où je la vis pour la première fois, depuis trois ans par un de mes collègues, pour une métrite hémorrhagique. Cette malade, de constitution également très vigoureuse, présente depuis cette époque des métrorrhagies très abondantes, et surtout un écoulement hydorrhéique si considérable, qu'elle est obligée fréquemment de rester couchée, pour ne pas inonder le parquet.

Ces écoulements ont surtout pour caractère de ne se montrer *que tous les deux jours*, et de s'accompagner de douleurs expulsives, qui cessent dès que la matrice s'est vidée de son contenu ; ils sont influencés aussi par la constipation opiniâtre dont est atteinte la patiente, et diminuent souvent dès que l'intestin se vide par le fait d'une débâcle. La miction est fréquemment douloureuse et difficile ; et ce phénomène coïncide habituellement avec une émission abondante de sable.

L'examen local me révèle une *intégrité absolue du col*, un agrandissement de la cavité utérine qui marque dix centimètres, un défaut de mobilité de l'utérus qui dépasse le pubis de deux travers de doigt.

Encore sous l'impression de la précédente observation, et en présence des douleurs paroxystiques et des écoulements intermittents, j'émetts l'avis qu'il pourrait bien s'agir d'un cancer du corps-utérin ; mais mon collègue, en se basant sur l'ancienneté de la lésion et sur la conservation très remarquable de l'état général, croit pouvoir rejeter cette hypothèse ; et nous nous rattachons à l'idée d'une petite tumeur

fibreuse, que je traite pendant quelque temps par la méthode d'Apostoli. N'ayant obtenu par l'électrolyse que des résultats très insuffisants, et voyant persister les hémorrhagies, je me décide à finir par où j'aurais dû commencer, c'est-à-dire par un curetage explorateur que je pratique, le 27 août 1892, sans anesthésie chloroformique.

Je ne tarde pas à m'apercevoir que nous avons fait fausse route jusqu'alors, et qu'il s'agit d'un épithélioma du corps utérin; je ramène, en effet, par la curette, une série de petits grains et même des débris de tumeur, sur la nature desquels l'analyse histologique ne laisse malheureusement aucun doute. Quelque temps après, pour m'assurer du degré exact de mobilité utérine et de la possibilité d'une hystérectomie vaginale, je pratique, sous l'anesthésie chloroformique, une tentative d'abaissement de la matrice; mais je constate qu'elle est comme enclavée dans le bassin, ce qui me fait rejeter toute intervention radicale.

Comme dans le cas précédent, le curetage a été suivi d'une disparition presque complète des écoulements vaginaux; mais les douleurs, tout en changeant de caractères, n'ont pas disparu; au lieu d'être intermittentes, *elles sont maintenant presque continues*; au lieu de coliques expulsives, ce sont des névralgies avec irradiations diverses, qui semblent bien avoir le caractère des névrites. L'état général se maintient néanmoins, et, grâce aux injections de morphine, les souffrances sont très atténuées. D'autre part, il est survenu de la rétention incomplète d'urine, qu'il est nécessaire de traiter par le cathétérisme. La sonde a montré que la vessie a suivi le mouvement ascensionnel de l'utérus, auquel elle adhère vraisemblablement par un envahissement de la tumeur. Il y aura peut-être lieu incessamment de refaire un curetage, auquel il sera peut-être utile de joindre la cautérisation intra-utérine.

OBSERVATION XVI

Cancer du corps, pyométrie, distension secondaire des trompes, formation de pyosalpingite double.

Par le Professeur agrégé Vautrin (*Revue médicale de l'Est*, 1893.

Une femme d'environ 40 ans, d'une santé antérieure assez satisfaisante, m'est envoyée par son médecin, pour une affection pelvienne, durant depuis deux ou trois mois. La persistance des douleurs, l'amaigrissement, la cachexie même, n'avaient pu être conjurés par les bains, les révulsifs et les injections vaginales prescrites jusqu'alors.

La femme se plaignait surtout du côté gauche, où l'on sentait une tuméfaction disparaissant à certains intervalles pour se reproduire ensuite. La malade avait remarqué que la disparition de cette tuméfaction coïncidait toujours avec des pertes abondantes de matières jaunâtres, d'une odeur infecte, par le vagin. Cet écoulement intermittent s'arrêtait au bout de deux ou trois jours, devenait ensuite presque insignifiant, et n'était plus constitué que par des filaments de muco-pus sanguinolent. Remarquons aussi que les souffrances s'accusaient beaucoup plus, au moment de l'apparition de la tuméfaction iliaque gauche. Les règles n'existaient plus.

Au moment où j'examinai cette malade, je pus constater, sur le côté gauche de la matrice, l'existence d'une tumeur, allongée transversalement, douloureuse et paraissant fluctuante. Du côté droit, je rencontrai également une tuméfaction, moins volumineuse, mais semblant se confondre en dedans avec le fond de l'utérus et très sensible à la pression.

Le toucher vaginal permettait de constater que l'utérus

était fixé en *légère antéversion* par une gangue de tissus scléreux, qui empêchait même de déprimer les culs-de-sac vaginaux. Le col utérin était très dur, mamelonné, sans trace d'ulcération ou de végétation néoplasique. Sa consistance appelait de suite l'idée de dégénérescence cancéreuse, hypothèse qui fut confirmée, le lendemain même, par l'analyse histologique d'une petite portion du col, enlevée au niveau de l'orifice externe du canal cervical. Il existait aussi du côté droit, des ganglions volumineux, dans la fosse iliaque interne.

Deux jours après, je pratiquai l'hystérométrie, et je trouvai un utérus profond de 10 centimètres, très large à sa partie supérieure, et semblant rempli dans son segment inférieur, par une substance molle et très saignante. Comme il s'écoulait une certaine quantité de pus, mêlé de sang, le long du cathéter, je voulus faire un lavage extra-utérin, avec une solution de lysol, et j'introduisis la sonde intra-utérine de Doléris. Aussitôt un flot de pus abondant fit irruption dans le vagin, et je me gardais bien de l'arrêter. J'évalue à environ 250 grammes la quantité de pus qui s'écoula ainsi spontanément. Je fis ensuite une injection intra-utérine au lysol, mais je m'aperçus qu'en plaçant la main sur le bas-ventre, je déterminais l'expulsion de nouvelles quantités de pus. Je continuai les pressions, et je réussis ainsi à recueillir plus d'un demi-litre de liquide purulent, épais, sanieux, très odorant, mêlé de quelques filets de sang. La malade accusait un grand soulagement. J'assurai le drainage utérin, à l'aide d'une grosse sonde en gomme, laissée à demeure, et je fis préparer la malade pour une intervention plus hardie, que je me mis en mesure de pratiquer le lendemain.

J'avais l'intention de pratiquer l'hystérectomie vaginale, pour enlever la bande qui retenait les liquides septiques dans le pelvis, mais, après quelques tentatives, je dus renon-

cer à poursuivre le plan tracé d'avance. L'utérus était très élevé et immobile, ses parois se déchiraient sous la traction des pinces et l'hémorrhagie était abondante. Je saisis alors la curette, et j'enlevais toute la muqueuse utérine avec des débris néoplasiques nombreux. La perte de sang fut minime. Pour rendre l'accès de la cavité plus facile et assurer l'issue des liquides, je sectionnai verticalement le col au bistouri, jusque et y compris l'orifice interne des deux côtés. J'obtins ainsi deux valves cervicales, entre lesquelles je passai facilement une grosse sonde en gomme, la plus grosse que je pus trouver; je la poussai sans difficulté jusque dans la trompe droite. Aussitôt le pus s'écoula abondamment et, en quelques instants, la trompe fut vidée de son contenu et lavée à plusieurs reprises. Même opération fut pratiquée dans la trompe gauche, mais avec plus de peine. De ce côté, la quantité de liquide évacué n'excéda pas 100 à 150 grammes. Je m'en tins là, bien que le toucher rectal me fit encore sentir en arrière de l'utérus, dans le cul-de-sac de Douglas, une tumeur molle et dépressible, qui pouvait bien être une collection purulente. Le lendemain, en effet, cette collection se vidait par le rectum.

Par la large ouverture faite à la matrice, il était facile de s'assurer que la partie inférieure du corps de l'utérus était dure, lardacée, résistante sur la curette, tandis que le fond avait gardé à peu près sa consistance normale.

L'état de la malade s'améliora très rapidement dans les jours qui suivirent. Je ne constatai plus la réapparition des collections dans les trompes; l'appétit revint et je dus consentir à laisser partir la malade dans son pays. L'opération avait eu lieu en mai 1892, et, il y a quelques semaines, mon confrère m'annonçait que la tumeur utérine continuait sa marche fatale, sans pertes de sang très fortes, mais que la

malade n'avait plus souffert de la pyo-salpingite double que j'avais traitée. Son état général s'était amélioré.

OBSERVATION XVII

Par le professeur agrégé Vautrin, (*Revue médicale de l'Est*, 1893, p. 33).

Il me fut donné d'observer, en août 1891, à l'hôpital civil, un fait de pyométrie coïncidant avec un épithélioma intra-utérin, présentant une grande ressemblance avec les observations rapportées par M. le professeur Weiss. Je n'ai gardé de cette malade que les détails relatifs à l'opération que je lui fis subir.

Il s'agissait d'une femme déjà âgée, et assez robuste. D'après les symptômes qu'elle accusait et aussi d'après l'examen au spéculum, j'avais cru à une métrite hémorrhagique, comme on en rencontre assez souvent à l'époque de la ménopause. Les pertes étaient continues, légères, et exclusivement sanguinolentes. Le col ne portait aucune lésion, mais l'utérus était volumineux, peu mobile ; les culs-de-sac vaginaux étaient dépressibles et douloureux à la pression. La palpitation faisait reconnaître facilement le fond de l'utérus qui affleurerait presque le pubis. La malade accusait de fortes douleurs dans les reins et dans le bas-ventre. En apparence, pas de périmérite.

Je voulus examiner la matrice. J'introduisis un hystéromètre dans la cavité, qui mesurait plus de 10 centimètres, et je donnais issue à du pus. Je puis évaluer à 100 grammes environ la quantité de liquide purulent évacué par le lavage intra-utérin, que je pratiquai aussitôt. Je ramenai avec la sonde des débris de tissus fongueux, qui me donnèrent l'éveil

au sujet de la nature de l'affection utérine. M. le professeur Baraban voulut bien me remettre l'analyse microscopique de ces bourgeons. Mon pronostic fut malheureusement vérifié : il s'agissait d'un épithélium intra-utérin végétant, développé apparemment sur la partie inférieure de la cavité utérine, au voisinage de l'orifice interne.

Je proposai à la malade la seule opération radicale, l'hystérectomie vaginale, lui promettant un succès à peu près certain. Elle s'y opposa. Néanmoins elle consentit à un traitement palliatif. Je pratiquai, après décollement préalable des culs-de-sac vaginaux sur toute la périphérie du col, l'amputation de l'utérus au-dessus de l'orifice interne. Je tombai en plein tissu cancéreux, et je pus constater que la muqueuse, le tissu sous muqueux et une partie de la paroi utérine, étaient déjà circulairement envahis. J'excisai ce que je pus sur la face interne de la matrice, et j'employai la curette tranchante pour les parties les plus élevées. Je constatai que le fond de la matrice était indemne.

L'opération se termina par la suture des culs-de-sacs vaginaux aux bords de la section utérine. Par mon opération, le drainage était assuré et le pyomètre n'était plus possible. Je tins cette malade en observation pendant plus d'un mois, mais au bout de ce temps, ne souffrant plus, ne perdant plus de sang, elle voulut quitter l'hôpital et depuis lors je ne l'ai plus revue.

OBSERVATION XVIII

Carcinoma Canalis cervicalis mit Pyometra (Légende de la figure n° 63).

Ottoküstner. *Grundzüge der Gynaekologie*, 1873.

Madame K..., 47 ans, avait eu trois enfants, le dernier il

y a vingt ans. Métorrhagies persistantes pendant neuf mois. Extirpation totale de l'utérus le 29 mai 1890. Guérison.

La moitié inférieure de la figure représente le col très dilaté et aminci. Le gros de la masse néoplasique-carcinomatense, avait été enlevé par grattage avant l'opération. La limite inférieure du néoplasme est l'orifice externe.

La moitié supérieure de la figure représente le muscle utérin très gros ; on voit quelques excroissances muqueuses non carcinomateuses dans sa cavité. Le néoplasme n'avait pas franché l'orifice interne du col.

OBSERVATION XIX (Résumée).

Bürckle. *Ueber das verhalten der Operirten nach vaginaler total extirpation des carcinomatosen Uterus*. Berlin, Diss. (17-23).

L'auteur rapporte et discute les suites opératoires de 227 hystérectomies vaginales totales pratiquées dans la clinique gynécologique de la Faculté de Berlin.

Pour Bürckle, la pyométrie est une complication relativement fréquente au cours du cancer de l'utérus, puisque sur deux cent vingt sept hystérectomies vaginales, elle était venue troubler l'opération dix-sept fois. Sur ces dix-sept cancers, cinq eurent leur localisation au corps et douze au col. Sept opérées étaient mortes de péritonite septique 2 à 5 jours après l'opération, cinq autres ont eu une température élevée les jours qui suivirent l'opération, les cinq dernières enfin, avaient des suites opératoires absolument normales. La température était élevée déjà les jours qui ont précédé l'opération chez plusieurs malades des deux premiers groupes ; quelques-unes d'entre elles avaient subi le curetage préventif

ou explorateur suivi de badigeonnage à la teinture d'iode 2 à 5 jours avant l'hystérectomie.

Une malade avait été curetée 26 jours avant l'opération radicale ; les 14 jours qui suivirent immédiatement cette intervention furent fébriles, il y avait écoulement, les 12 jours suivants c'est-à-dire jusqu'au moment de l'hystérectomie la malade n'avait qu'un écoulement, mais pas de fièvre. Elle avait guéri de son opération sans le moindre incident. Toutes les pyométries relatées par Bürckle ont été des surprises opératoires ; l'utérus se déchirait constamment au moment des tractions et le pus venait souiller le champ opératoire toutes les fois, sauf quelques cas de cancer du col, où le mal avait été reconnu au début de l'intervention et le col lié de suite, ce qui empêchait la sortie du pus au dehors. L'irrigation continue, l'eau phéniquée ont été constamment employées.

Le pronostic opératoire de cette complication serait extrêmement grave pour cet auteur ; le nombre des suites opératoires fébriles aussi. Toutes les pyométries seraient septiques à leur origine et s'accompagneraient de fièvre à ce stade de leur évolution ; elles perdraient à la longue leur caractère infectieux. On incrimine le curetage préparatoire et les badigeonnages des surfaces non entièrement curetées. L'auteur croit que les causes mécaniques sont nécessaires pour la production des rétentions ; les déviations utérines, l'endométrite concomitante, la prolifération néoplasique en seraient la cause.

Il recommande de rechercher avec soin la pyométrie dans toute intervention radicale pour cancer de l'utérus et de penser à cette complication chaque fois que l'élévation de la température chez une cancéreuse n'avait pas d'autres explications. Le libre écoulement des liquides est une condition nécessaire pour la cessation plus rapide des phénomènes septiques, on assurera donc le libre écoulement des liquides

et on n'interviendra, s'il y a lieu, pour une opération radicale qu'après une longue période apyrétique. Il proscrit tout curetage utérin prophylactique, quand il n'est pas fait immédiatement avant l'opération. Il n'attribue qu'une valeur relative à l'irrigation antiseptique continue. (Notons que c'est l'eau phéniquée qui était d'un emploi courant dans cette clinique.)

OBSERVATION XX (Résumée).

Dr J. Sondheimer. *Primares Corpus carcinum mit Haematometra und Haematocolpos bei Atresia vaginae senilis.*
Monatschrift, für Geburtund gynackol, 1895., p. 348.

Histoire de la maladie. — Femme J..., âgée de 67 ans, veuve depuis 21 ans, a eu un accouchement prématuré qui s'est passé sans intervention d'aucune sorte il y a 30 ans ; l'enfant a vécu quatre semaines, les suites des couches furent normales.

La ménopause s'installa à 50 ans.

La patiente souffre depuis 6 semaines d'une « Induration du bas ventre ». Ce n'est que le dernier temps qu'apparurent des douleurs, peu importantes du reste.

Etat actuel. — Femme de taille moyenne, maigre, pas cachectique.

On trouve, au niveau du bas-ventre et sur la ligne médiane une tumeur ovale séparant l'ombilie. Par son volume et sa forme, la tumeur rappelle un utérus gravide de 5-6 mois à inclinaison droite ; elle est élastique et indolente, quelque peu mobile à gauche ; elle descend jusqu'au petit bassin, se rétrécit au niveau du détroit supérieur pour s'élargir ensuite et remplir complètement l'excavation.

Le toucher vaginal est impossible à pratiquer par suite d'oblitération complète de la vulve.

Par le toucher rectal, on trouve le petit bassin rempli jusqu'à mi-hauteur par une tumeur élastique, concrète en arrière en continuation manifeste avec celle de la cavité abdominale.

Il s'agissait de savoir si l'atrésie vaginale s'était développée indépendamment de la tumeur qui aurait pu être d'origine ovarienne ou rénale, ou si la tumeur n'était formée que par les liquides de rétention (hydro ou hématométrie) accumulés par suite de l'atrésie même. Le volume énorme de la tumeur et son évolution presque insidieuse plaidaient en faveur de la dernière hypothèse.

La malade est anesthésiée à l'éther le 15 septembre.

Les parois accolées du vagin se laissent séparer par le doigt sur une étendue de 3 centimètres, puis l'adhérence devient plus serrée, et enfin, à une profondeur de 5 centimètres elle est complète.

On fait une ponction exploratrice; le liquide en est trouble, d'un rouge brun. Au microscope, on voit des globules rouges normaux et désagregés en grande quantité, des globules blancs, très gras, des corps sphériques, et enfin, de grosses cellules cylindriques, ovales ou rondes à gros noyaux brillants, à protoplasme très gras; ces cellules ressemblaient beaucoup à celles des kystes ovariens et n'étaient en réalité que des cellules carcinomateuses libres.

On se décide pour une colpotomie, le diagnostic étant impossible à faire.

Opération le 18 septembre. Plan incliné. Ether.

On incise la paroi abdominale sur la ligne médiane (15 centimètres). Il s'écoule de la plaie une petite quantité de liquide ascitique.

La tumeur abdominale est formée par le corps utérin dis-

tendu, l'organe est incliné sur son bord droit et adhérent en bas et à droite par suite d'une péri-salpingo-ovarite ancienne. Le ligament large gauche recouvre comme une membrane la face postérieure de l'utérus sur une étendue de 3-4 centimètres ; le ligament large est très injecté à sa surface ; les annexes droites sont moins adhérents. L'utérus gros et mou diminue de circonférence de haut en bas pour se transformer de nouveau une fois le détroit supérieur franchi, en une large tuméfaction arrondie remplissant le petit bassin et ne laissant aucun espace libre entre elle et les parois pelviennes. On pratique une ponction exploratrice, même résultat.

On retire trois litres de liquide à travers une incision de la paroi utérine antérieure ; on y trouve une quantité de particules du néoplasme ; elles sont d'un gris-rougeâtre, rappelant la moelle osseuse. L'exploration digitale de la face interne de l'organe la montre envahie au niveau du fond par une masse énorme, fongueuse, ramollie ; sur les parois, on trouve des tubercules gros en haut comme un œuf de pigeon et même de poule, plus petits en bas.

Il était clair qu'il s'agissait d'un carcinome primitif du corps utérin, ayant débuté par le fond.

Le corps de l'utérus vidé, on a pu introduire le doigt par l'isthme et arriver ainsi dans une large cavité remplie de liquide tenant de gros fragments néoplastiques en suspension ; les parois de la tuméfaction vaginale n'ont pas pu être explorées. Un doigt de l'un des assistants introduit dans le vagin n'est pas senti par le chirurgien. Il était évident que l'isthme n'était que le col utérin rétréci, et la cavité qui lui faisait suite n'était autre chose que la partie supérieure du vagin, démesurément dilatée. Aucune masse néoplasique n'a été trouvée ni dans les parois du col, ni plus bas.

On pratique l'amputation supra-vaginale de l'utérus ; le col est ouvert et dilaté, ses bords-suturés à la plaie abdomi-

nale ; le tout est pansé et drainé de haut en bas. Il s'en écroula encore un litre de liquide. L'opération avait duré plus de deux heures.

Tout paraissait normal dans les premiers jours, puis survinrent des vomissements, devenus bientôt incoercibles, de la diarrhée, et l'opérée meurt dans un état d'algidité le 27 septembre, à 10 heures du soir.

Autopsie (Très résumée). — On trouve des ulcérations catarrhales tout le long de l'intestin. Les restes des organes génitaux sont retirés avec la vessie et le rectum. La partie supérieure du vagin est toujours distendue en cavité énorme, ses parois sont fortement hypertrophiées, absolument lisses ; le col est également hypertrophié, il se laisse pénétrer par le doigt. Les coupes faites en tous sens et examinées au microscope montrent du tissu normal. Il n'y a de métastase nulle part. Rien dans les ganglions mésentériques et autres. La vessie est saine.

Ici le néoplasme doit être considéré comme une forme circonscrite et nodulaire de carcinome primitif de l'épithélium du corps utérin, n'ayant pas encore envahi la couche musculaire. Epithélioma cylindrique typique au microscope. Une seule métastase dans la portion utérine de la trompe droite.

L'atrésie n'a pu être congénitale, la patiente ayant accouché une fois ; ni cicatricielle, il n'y avait jamais eu ni intervention obstétricale, ni déchirure, l'enfant étant né avant terme, il n'y a rien eu d'anormal pendant les suites des couches ; aucun traumatisme à signaler, pas de pessaire, pas de maladies infectieuses, pas de syphilis.

Colpitis vulva senilis (Hildebrand). L'atrésie devait dater d'une quinzaine d'années. L'évolution de la maladie sans douleurs est presque habituelle, le seul signe caractéristique, l'hémorrhagie, manquait à cause de l'atrésie ; elle existait

cependant à l'intérieur ; la preuve en est dans la collection qui se faisait lentement et progressivement.

OBSERVATION XXI

Hansemann. *Pyrometra bei Carcinome* Zeitschr. f. Geb. u. Gyn. XXXIV, 1896, p. 294. et *Gesellschaft. für Geb. und Gyn.*, 24 janv. 1896.

M. Hansemann présente la pièce suivante : un sac, gros comme une tête d'enfant, provenant d'un utérus surdistendu par une collection purulente. Les parois de cet utérus n'avaient que quelques millimètres d'épaisseur. Le péritoine périutérin était lisse et brillant. La collection s'était produite par suite d'une atrésie siégeant au niveau du col utérin. Un carcinome de petites dimensions, localisé à ce niveau, avait causé l'atrésie.

La tumeur appartenait à une femme de 72 ans atteinte de carcinome inopérable, à cause de la cachéxie sénile. A l'autopsie, l'utérus rempli de pus n'était nullement fluctuant, il faisait au contraire l'impression d'un corps dur, circonstance qui avait fait diagnostiquer gros cancer du corps remplissant tout le petit bassin. Le paramétrium était absolument libre, il n'y avait aucune métastase ; la vessie et le rectum étaient parfaitement sains. La malade était opérable au point de vue anatomique.

OBSERVATION XXII

Dr Cristopher Martin. *Hématométrie a. Pyrométrie.*
Brit. Med. Journ., 31 octobre 1896.

Femme mariée, âgée de 38 ans, se présente atteinte d'épi-

thélioma du col. Une amputation supra vaginale est pratiquée au cautère de Paquelin. Elle se rétablit très bien. Six mois après, elle revient se plaignant de douleurs pelviennes horribles et d'impossibilité absolue de la marche. Le col est alors complètement fermé par rétraction cicatricielle et le corps utérin distendu par le sang menstruel retenu. C'est avec difficulté que l'ancien orifice est rétabli ; plusieurs onces de sang coagulé s'écoulent par cette ouverture au moment de l'opération.

Actuellement, la malade est parfaitement bien réglée, quoi qu'elle éprouve beaucoup de douleurs au moment des règles. Dans ce cas il aurait mieux valu, croit M. Martin, faire l'hystérectomie totale d'emblée.

OBSERVATION XXIII

D^r Arthur Lewers. *Cancerus uteri with pyrometra.*
(*Trans. Obstr. Soc.*, XXXVIII, 1896.)

M. Lewers apporte un cas de pyométrie considérable survenue dans un cas de cancer du col. C'était une femme de 55 ans, entrée en ménopause à 50 ans. A l'examen de l'utérus, on pensait d'abord à un cancer du corps parce qu'il était d'un volume énorme. Pendant l'opération, le champ opératoire fut inondé par un flot de pus très fétide, qui venait de l'intérieur du corps par l'orifice interne. On évaluait sa quantité à plus d'un demi-litre. La malade eut une petite élévation de température, mais elle avait parfaitement guéri.

OBSERVATION XXIV (*Inédite*).

Case of Pyrométra complicating cancer of the cervix uteri (Due à l'obligeance de M. le Dr Walter Tate).

M^{me} E. H..., âgée de 66 ans. Régée à 19 ans. Ménopause à 51.

Souffre d'un écoulement sanguinolent depuis cinq mois.

A l'examen. — Le col utérin est très dur, hypertrophié, présente une légère ulcération autour de son orifice externe. Le corps utérin est légèrement augmenté de volume.

Elle est opérée en mai 1897. Un flot de pus s'écoula par le canal cervical au moment de l'opération.

Le cancer avait envahi tout le canal cervical et dépassait l'orifice interne du col.

OBSERVATIONS XXV, XXVI ET XXVII

Dr Walter Tate. *Three cases of pyrométra complicating cancer of the cervix uteri* (*Trans. Obst. Soc., XXXIX, 1897, p. 323*).

Premier cas. — M^{me} R..., âgée de 60 ans, a eu neuf enfants. Entre en ménopause à 45 ans. Aucun écoulement après la ménopause. Des métrorrhagies transitoires depuis 1895; elles apparaissaient au moment de la défécation. Depuis six mois, l'écoulement devient fétide, il n'est cependant pas très prononcé. La malade se trouve un peu amaigrir. Elle a des douleurs lancinantes. Elle est envoyée à M. Tate au mois de juillet 1897 pour être opérée. M. Tate trouve son état général bon. En pratiquant le toucher vaginal, ce chirurgien trouve une énorme végétation du col occu-

pant la partie supérieure du vagin ; elle était extrêmement friable et saignante. L'utérus était très légèrement immobilisé, le ligament large droit était très tuméfié. On ne se décide pour une hystérectomie que pour soulager les souffrances de la malade. L'opération est faite le 9 juillet 1897.

Sous l'anesthésie, on trouve le corps de l'utérus élargi, la cause en reste inconnue. La grande friabilité de l'organe et son volume causent quelques difficultés au moment de l'abaissement de l'utérus. Après la ligature, des ligaments larges. Par suite des tractions exercées sur l'utérus, ses parois se déchirent et un flot de trois ou quatre onces de pus fétide s'échappe. C'est alors que l'on se rendit compte de la cause de l'augmentation du corps utérin. L'irrigation continue au sublimé au 1/2000^e est pratiquée. A l'examen, on trouve l'orifice interne infiltré par la tumeur. L'utérus était transformé en un sac distendu et fluctuant.

La malade a guéri sans aucune complication.

Deuxième cas. — Femme âgée de 61 ans ; a eu neuf enfants. Entrée en ménopause à 45 ans ; a toujours joui d'une bonne santé. Il y a neuf mois, elle a commencé à avoir de légères pertes de sang avec des intervalles de quinze jours de bonne santé. Depuis trois semaines, elle voit de petits fragments de tumeur dans son écoulement. Elle n'avait aucune douleur, point d'amaigrissement, au contraire, elle était forte, robuste.

Examen. — On trouve une atrophie de la partie vaginale du col. La partie inférieure du canal cervical est un peu excavée et présente une surface irrégulière, ulcérée, saignant facilement. L'utérus semblait être normal, l'examen bimanuel était difficile à cause de l'épaisseur de la paroi abdominale ; l'utérus était très mobile, le tissu cellulaire normal.

Opération le 30 juillet 1897. La présence de la pyométrie

n'était constatée qu'après la ligature des ligaments larges et l'incision du cul-de-sac de Douglas. Par les deux doigts introduits dans le cul-de-sac, M. Tate avait senti le corps utérin élastique et fluctuant. Cette opération était aussi un peu difficile par suite du volume du corps et de sa friabilité; le corps utérin s'était de nouveau déchiré et un flot de pus fétide et verdâtre s'était écoulé. La température maxima fut de 99,8°. La malade a quitté l'hôpital trois semaines après.

Troisième cas. — M^{me} B..., âgée de 68 ans, a eu sept enfants. Ménopause à 41 ans. Depuis quatre ans, elle a eu de très légers écoulements sanguinolents de deux à trois jours de durée avec des intervalles de quinze jours de bonne santé. L'écoulement était inodore et indolore. Depuis cinq semaines, l'écoulement devient ininterrompu, purulent et fétide. La malade maigrit.

Examen. — Au toucher, le col est dur et très gros, couvert d'ulcérations irrégulières, facilement saignantes, mais non friables. L'utérus élastique atteint le volume d'une petite orange.

Le diagnostic de pyométrie est fait tout de suite. L'utérus est mobile, le ligament large gauche infiltré.

L'hystérectomie est conseillée à titre palliatif.

Le 26 août 1897, au moment de l'opération, du pus fétide s'échappe par le col, on procède à la ligature du col afin d'empêcher la sortie du pus. L'abaissement de l'utérus en est rendu impossible, on laisse alors écouler deux onces de pus, le col est ensuite fermé avec une pince et l'opération est continuée. L'utérus extirpé contenait encore un once et quart de liquide.

Des végétations obstruaient presque complètement le canal cervical.

La muqueuse utérine infectée n'était pas ulcérée. La

malade quitta l'hôpital le 25 septembre. La température maxima n'avait été que de 100°.

OBSERVATION XXVIII

M. Léa (*Trans. Obstr. Soc.*, 1897. — Compte-rendu).

Le Dr Léa a observé cinq cas de pyométrie compliquant le cancer du col. Les malades avaient toutes dépassé la ménopause depuis quelques années. Il a examiné le pus de quatre cas bactériologiquement. Les préparations extemporanées et les cultures sur gélatine et agar restèrent stériles. Il ne considère pas la présence de pyométrie comme faisant courir des risques opératoires.

Dans tous ces cas, l'atrésie siégeait au niveau de l'orifice interne où il existait un anneau de tissu dense. La cavité utérine n'était pas envahie. Les douleurs furent très précoces dans deux cas. A l'examen microscopique, quelques cas montrèrent une prolifération glandulaire considérable.

OBSERVATION XXIX

Cervix-Carcinum mit Hæmatometra

Arthur Foges (*In Centrablatt für Gyn.*, 1898, n° 3)

M^{me} A. B..., âgée de 60 ans, veuve, vient, le 14 juillet 1897, consulter au Rudolfinerhaus et dit avoir des pertes sanguines depuis le mois de juillet 1896, augmentées les derniers temps, et de douleurs intermittentes siégeant aux reins. L'appétit et les selles restent normaux ; elle dit avoir maigri depuis peu de temps. La malade a la ménopause depuis dix ans. Avant, les règles venaient toutes les quatre semaines

et duraient cinq à six jours ; elle a eu dix enfants, les couches et leurs suites ont toujours été normales.

Etat actuel. — La malade est pâle, la musculature et le pannicule adipeux sont en bon état, les organes thoraciques normaux, l'abdomen est sphérique, la paroi faible ; il existe partout du tympanisme.

Etat génital. — L'aspect extérieur des organes génitaux est normal. Le vagin large, de longueur moyenne ; le museau de tanche en forme de cône, il est assez dur, déchiré ; l'orifice utérin laisse passer la pulpe du doigt, il s'en écoule un liquide sanguinolent très fluide. Le corps de l'utérus est gros comme un poing, sphérique, à surface lisse, dur, élastique, très mobile, antéfléchi. Les annexes sont palpables, le paramétrium est normal.

Le diagnostic de carcinome du corps utérin étant posé, on décide de dilater le col après anesthésie et de recourir ensuite à son amputation ou à l'extirpation totale, suivant les résultats fournis par l'examen.

La malade est anesthésiée le 4 août 1897. L'introduction de la plus fine des bougies d'Hégar est d'abord impossible, un obstacle assez gros siégeant au niveau de l'orifice interne. En pressant un peu fort, on introduit d'abord 12 centimètres de bougie. En la retirant, on fait sourdre par l'orifice un liquide assez épais, couleur marc de café, qui est évalué à 60 cc. ; il est évacué après dilatation préalable du col. De petits fragments de tumeurs apparus en même temps sont enlevés à la curette tranchante.

L'examen bi-manuel montre alors l'utérus sensiblement plus petit, plus plat, plus mou.

On se décide à l'extirpation totale, l'utérus étant absolument mobile ; ceci est réalisé séance tenante, sans difficulté aucune. Les ovaires sont atrophies, on ne trouve rien d'anormal dans les trompes. Les suites d'opération sont

parfaites, la patiente quitte l'hôpital le 19 août, elle est très bien depuis.

Examen de la pièce. — La muqueuse du col est normale à sa partie inférieure; à 2 centimètres et demi au-dessus de l'orifice externe sur toute la circonférence, elle semble être envahie par une grosse masse (dont la plus grande partie avait été enlevée à la curette), remontant sur une hauteur de 3 centimètres et allant jusqu'à l'orifice interne, le franchissant par places et s'y limitait en une ligne crénelée nettement visible. La cavité utérine est agrandie, sa muqueuse lisse, la paroi musculaire est très épaissie; à la coupe, on remarque plusieurs vaisseaux béants; le péritoine péri-utérin est normal.

Examen microscopique. — Carcinome cylindrique du col. Les coupes du corps utérin présentent les particularités suivantes : absence d'épithélium superficiel, amincissement de la muqueuse parcourue par de gros vaisseaux gorgés de sang, hyperplasie musculaire.

Nous pouvons expliquer, de la façon suivante, ce cas :

Le col utérin avait été complètement obstrué par le néoplasme au moment de l'apparition de l'hémorrhagie (la femme n'était plus réglée depuis environ dix ans) et il s'ensuivit une collection hémorrhagique contenu dans cette cavité. Ce qu'elle y avait existé depuis fort longtemps est prouvé par l'hypertrophie considérable de la musculature. La présence de la collection prouve que l'occlusion du col avait été complète. Le diagnostic du premier examen était basé sur la forme sphérique, en dôme, et sur l'élasticité de la tumeur,

OBSERVATION XXX

Pyrométrie par cancer du corps utérin

Par M. le Prof. Weiss. (*In Thèse de Bratoff, Nancy, 1898*).

Mlle X... entre à la Maison de secours avec les signes d'une affection utérine grave. Agée de 50 ans, elle est malade depuis un an environ, et présente, indépendamment de *vives douleurs*, un *écoulement hydroporrhéique extrêmement abondant et particulièrement fétide*. Cette femme est très affaiblie ; elle a beaucoup maigri et son état est, à première vue, très sérieux.

Les douleurs qu'elle accuse ont un *caractère paroxystique très marqué*, et se montrent surtout quand l'écoulement fait défaut ; elles diminuent quand celui-ci se reproduit, ce qui arrive environ tous les deux jours.

Le toucher vaginal révèle l'existence d'un col petit, plutôt atrophié, sans aucune nodosité. L'utérus est senti par la palpation abdominale au-dessus du pubis.

Opération. — Je pratique la dilatation du col supra-vaginal, ce qui ne présente aucune difficulté. Il s'écoule un *liquide purulent*, sanieux, d'environ *un demi-litre* au moins. Le curettage, fait séance tenante, ramène des fongosités cancéreuses en grande quantité. Le raclage est fait aussi soigneusement que possible, et complété par l'introduction d'une mèche de gaze iodoformée.

Une légère amélioration se produit ; mais elle persiste peu de temps, et la malade entre chez elle, où elle succombe, quelques mois après, aux suites de la cachexie cancéreuse.

OBSERVATION XXXI

Par M. le Prof. agrégé Frœlich. (*In Thèse de Bratoff, 1898*).

Marie B..., 53 ans, de Thiaucourt, se présente à l'hôpital civil de Nancy, dans le service de M. le professeur Heydenreich, en août 1893.

Elle raconte que, depuis plus de deux ans, elle perd continuellement du sang par le vagin; elle est restée pendant un an environ sans avoir ses règles.

Les forces ont diminué, peu d'amaigrissement; l'appétit, qui était resté bon, a disparu; elle avait, de plus, de fréquentes envies de vomir depuis trois semaines, et de la fièvre, et des douleurs très vives dans le ventre, au dessus du pubis.

Etat actuel et examen. — Il s'agit d'une femme de grande taille, très obèse, de teint jaunâtre. Le ventre est très développé avec des traces de grossesse, la malade ayant eu deux enfants.

Au palper de l'abdomen, aucun renseignement, la pression est très douloureuse dans la région hypogastrique.

Le toucher indique que le vagin est très chaud, il va en se rétrécissant sur la profondeur. Le col est assez difficile à atteindre, il semble normal extérieurement, il est entr'ouvert, et dans son intérieur on perçoit des fongosités dures.

Au palper bi-manuel, l'utérus apparaît augmenté de volume. On retire le doigt chargé de sang et de fongosités fétides.

La langue est blanche et sèche, les urines rares et brûlantes.

Les pertes sanguines ne sont pas actuellement très abondantes. Pas de température, pouls à 90.

Le diagnostic est épithélioma du corps de l'utérus.

Nous proposons de faire un curettage, palliatif pour arrêter les hémorrhagies.

Opération. — Chloroforme. Après avoir placé le spéculum, j'introduis la curette dans le col et je ramène des fongosités cancéreuses. Tout à coup l'instrument perce une cloison et il s'échappe du col une énorme quantité de liquide purulent, teinté de sang et horriblement fétide. Le pus évacué peut être évalué à 150 grammes environ.

Je crus, au premier moment, avoir perforé un abcès péri-utérin, mais il s'agissait d'un utérus rempli de pus. La curette se promène librement dans une grosse cavité et fait sortir du sang et des débris de néoplasme. Une hémorrhagie inquiétante se produit, et, pour l'arrêter, je tamponne la cavité utérine avec trois paquets de gaze iodoformée.

La malade se releva rapidement de l'intervention, j'enlevai la gaze après quatre jours et je la remplaçai par un tampon d'un paquet de gaze. Après quinze jours, la malade rentra chez elle, il n'y avait plus de pertes. Après deux mois, j'eus de ses nouvelles : les hémorrhagies s'étaient reproduites. Depuis, plus de nouvelles.

Cette observation est un cas ancien de pyométrie consécutive à un cancer du corps de l'utérus. Les fongosités ont obstrué le col, et les détritits cancéreux et la sécrétion purulente de néoplasme se sont accumulés dans la matrice et l'ont distendue.

OBSERVATION XXXII

Cancer infiltré du col et pyomètre

Par M. le Prof. Gross. (*In Thèse de Bratoff*, Nancy, 1898).

M^{me} T..., âgée de 56 ans, se présente à l'hôpital civil de Nancy, dans mon service, en décembre 1892.

Antécédents héréditaires. — Parents inconnus.

Antécédents personnels. — Réglée à 16 ans; mariée à 30 ans; mère de deux filles bien portantes; deux accouchements prématurés, le dernier en 1881, de sept mois et demi.

Comme antécédents morbides, une fièvre continue à 35 ans, et une pneumonie à 48 ans. Ménopause à 50 ans.

Il y a dix-huit mois environ, survinrent des pertes rouges d'abondance progressive, et accompagnées de douleurs lombaires et hyogastriques. En même temps existaient des nausées fréquentes suivies de régurgitations sanguinolentes. Huit mois après le début de la maladie, les pertes diminuent un peu d'abondance et leur coloration devient plus rosée. Enfin ce dernier écoulement se suspendit lui-même il y a deux mois environ, et la malade ne perdit plus pendant trois semaines. Au bout de ce temps, la malade ressent de vives douleurs irradiées aux lombes et à l'hypogastre, et perd seulement une grande quantité de pus; l'écoulement purulent persista 15 jours environ, et depuis une semaine il a presque disparu.

Etat actuel. — Au toucher, on trouve le col dur, augmenté de volume, légèrement ulcéré au niveau de l'orifice externe, mais sans bourgeons exubérants. Le corps utérin me semble peu tuméfié; les culs-de-sacs sont libres; l'utérus mobile peut être abaissé. L'examen au spéculum montre le

col gros et violacé et vérifie les données fournies par le toucher.

La malade, bien que présentant encore un certain embonpoint, dit avoir beaucoup maigri depuis deux mois. L'appétit est diminué ; la face pâle, est même un peu jaune faible.

Opération le 22 décembre. — A part l'anesthésie chloroformique et soins antiseptiques de la région, on incise les culs-de-sacs antérieur, postérieur et latéraux. L'utérus est isolé par décollement en avant et en arrière, et les culs-de-sacs péritonéaux ouverts. L'utérus est ensuite attiré à l'extérieur, et une pince à griffe est placée sur cet organe à l'union du corps et du col ; mais la paroi antérieure se déchire, et par l'orifice s'écoule un flot de pus. On lave abondamment à l'eau distillée, d'abord le champ opératoire, puis la cavité utérine.

L'utérus ne pouvant encore être suffisamment abaissé pour l'application des pinces de Richelot, on place d'abord de chaque côté, sur la partie inférieure des ligaments larges, une petite pince droite et on sectionne en dedans d'elle. Cette manœuvre ayant suffisamment libéré l'organe, on introduit la pince de Richelot sur le ligament large, que l'on sectionne. Le corps utérin ramolli et pouvant être basculé, on en sort le fond avec une nouvelle pince à griffe, on l'abaisse et on place la seconde pince de Richelot. Le ligament large est divisé avec les ciseaux.

L'utérus enlevé, on constate que la pince gauche a en grande partie lâché, et qu'il s'écoule une certaine quantité de sang des ligaments correspondants. L'hémostase est faite au moyen de plusieurs pinces, et complétée par l'introduction d'une bandelette de gaze iodoformée. Celle-ci retirée, on introduit une nouvelle, après un dernier lavage à l'eau distillée. Sept pinces à demeure. L'utérus enlevé montre un

cancer infiltré du col, étendu sur la muqueuse de la cavité utérine.

Les suites opératoires ont été absolument bénignes.

Les pinces sont retirées, le tampon de gaze est enlevé.

L'opérée sort guérie le 7 janvier 1893.

OBSERVATIONS XXXIII-XXXIV (*Résumées.*)

M. le Professeur Segond, (*in thèse de Louis Bigeard, Paris, 1899.*)

I. Epithélioma du col, forme intra-cervicale avec pyomètre.

Hystérectomie vaginale, 1890. Survie de deux ans.

Mme H., 60 ans. Ménopause à 56 ans.

Elle a eu quelques hémorrhagies ; d'ordinaire, elle se plaint d'un écoulement sanieux et de douleurs dans le pelvis. L'utérus est mobile, le corps est mou et fait penser au cancer.

Le diagnostic est porté sur le grenu de la cavité cervicale.

Hystérectomie vaginale le 10 avril 1890. Cancer du col, forme intra-cervicale avec pyométrie. L'examen histologique, confié à M. Thiercelin, vérifia le diagnostic. Dans les deux mois qui suivirent l'opération, la malade eut une véritable crise d'érotisme ; elle avait beaucoup engraisé et se portait merveilleusement. Elle mourut en 1892, avec une récurrence dans les ligaments larges et dans la cicatrice. La survie fut de près de deux ans.

II. Cancer du col avec Pyomètre, Hystérectomie vaginale, 1890. Mort 15 mois après récurrence.

Mme T., 56 ans, IV pare. Ménopause à 44 ans. Depuis 18 mois métrorrhagies, pertes d'eaux rousses et peu fétides

au dire de la malade. Elle a de légères douleurs depuis six semaines environ. Léger amaigrissement.

Le col est remplacé par une cavité enfractueuse, saignante, se continuant avec le vagin, dont les culs-de-sacs sont effacés. La paroi postérieure vaginale présente deux brides saillantes très dures. Le corps utérin est volumineux et paraît assez mobile.

Hystérectomie vaginale le 28 avril 1890. Curage préalable qui enlève les fongosités du col ; en pénétrant dans la cavité du corps, la curette donne issue à un demi-verre de pus fétide, épais, bien lié. M. Segond introduit le doigt dans la cavité utérine vide et parvient à faire descendre l'utérus en recourbant en crochet le doigt derrière l'isthme. Rien de particulier à signaler au cours de l'intervention.

Suites. — Elle a eu neuf mois de santé parfaite, puis, les pertes de sang et les douleurs sont revenues. Elle est morte en juillet 1891, c'est-à-dire 15 mois après l'opération.

L'examen de la pièce anatomique avait montré que c'était un épithéliome lobulé de l'utérus. La lésion n'avait pas pénétré jusque dans la région du corps ; elle s'était arrêtée à l'isthme.

III. Cancer du col. Pyomètre. Hystérectomie vaginale, 1892. Guérison opératoire.

Mme G..., 61 ans, I pare Ménopause à 51 ans. Elle fut soignée à cet âge pour une ulcération du col.

Epithélioma du col.

Hystérectomie vaginale le 17 juillet 1892.

Ablation de l'utérus et des annexes.

Pyomètre. Guérison opératoire. La malade n'a pas été revue.

IV. Cancer du corps avec hématomètre, Hystérectomie vaginale, 1898. Mort par congestion pulmonaire le 3^e jour.

Mme A..., 61 ans. Cette malade est opérée pour hémorrhagies vaginales très abondantes. Hystérectomie, le 5 juin 1898. Le curetage préalable ramène des fongosités en grande quantité. Il ouvre un hématomètre, siégeant dans la cavité du corps.

Ablation totale.

L'examen histologique fut fait par M. le prof. Cornil. C'était un épithélioma à cellules cylindriques développé dans la cavité et la paroi du corps de l'utérus.

OBSERVATION XXXVII (Résumée).

Cancer du corps. Pyometra.

Prof. Lebedeff (*Soc. Médicale et Chirurg. de St-Petersbourg*,
10 sept 1899).

Femme de 60 ans. L'utérus dépasse le pubis de deux travers de doigt. Sa portion vaginale est diminuée de volume, ne présente pas des lésions appréciables. La malade accuse un écoulement périodique purulent. Il s'écoule 300 gr. de pus fétide par le col dilaté. L'examen histologique des fragments de la muqueuse démontre l'existence d'un carcinome incontestable. Trois semaines après le curetage, l'utérus revient au volume habituel d'un utérus sénile, atrophie.

La malade fut réexaminée cinq mois plus tard. L'utérus avait atteint la moitié du volume qu'il présentait avant le curetage. La malade ne voulait pas accepter d'opération. Six mois plus tard le volume de l'utérus n'était plus augmenté. Au dire de la malade, des écoulements purulents furent fréquents et abondants pendant ce temps.

OBSERVATION XXXVIII

Cancer du col, Pyométrie méconnue, Hystérectomie
abdominale totale, Mort.

MM. F. Leguen et P. Rebreyen (*Revue de Gynécologie
et de Chirurgie Abd.* Sept. 1899).

Mme I. C..., âgée de 59 ans, entre à l'hôpital Broca-Pascal, salle Huguier, n° 43, le 23 juillet 1899.

Il y a deux mois, la malade a commencé à se plaindre de douleurs dans le ventre, s'irradiant aux reins, à l'anus, à l'ombilic. Puis sont survenues des pertes.

Réglée à 13 ans, mère de deux enfants, elle n'a jamais été malade : la ménopause est venue sans difficulté à l'âge de 52 ans; et depuis, rien n'était venu troubler sa santé, jusqu'aux accidents pour lesquels elle entre à l'hôpital.

Les pertes sont des pertes blanches et rouges, d'une odeur très forte et très spéciale; elles sont à peu près continuelles, ne sont améliorées ni par le repos ni par le lit; elles s'accroissent cependant sous l'influence de la marche.

L'odeur spéciale ne permet pas de conserver le moindre doute sur la nature de la maladie.

Au toucher, on trouve le col végétant occupant le fond du vagin : le vagin lui-même est envahi dans son tiers supérieur. L'utérus est immobile, inabaissable : il y a une inflammation du ligament large gauche. Quant au corps de l'utérus, il semble augmenté de volume, mais la paroi abdominale est très épaisse, et on a beaucoup de difficultés pour apprécier exactement le volume de l'utérus. M. Leguen pense néanmoins que le néoplasme s'est propagé jusqu'au corps de l'utérus; et bien que le cancer se soit étendu au ligament

large et au vagin, il propose de l'opérer par l'hystérectomie abdominale totale.

L'opération est faite le 1^{er} août 1899, avec l'aide de M. Rebreyend, interne.

La malade, anesthésiée, est mise sur le plan incliné, l'abdomen ouvert, et les intestins protégés.

L'utérus est très gros, il a atteint le volume d'un utérus au troisième mois; il est mou; on ne pense pas à une distension par un liquide quelconque.

Mais, sous l'influence de la traction, l'utérus se sépare du col et du vagin, et un flot de pus se répand dans la cavité pelvienne; il vient de l'utérus, qui était distendu par 300 à 400 grammes d'un pus très fétide. Une fois le pus épongé, et l'utérus enlevé, le néoplasme est extirpé à part, avec tout le tiers supérieur du vagin.

Puis, on enlève ensuite le ligament large gauche avec le tissu cellulaire du petit bassin, et on trouve le long de la paroi pelvienne de gros ganglions adhérents, dont l'un même est suppuré.

Le drainage est effectué à l'aide de mèches du côté du vagin et du côté de l'abdomen.

L'opération a duré une heure.

Le premier jour, l'état resta satisfaisant; mais, à partir du second jour, se manifestèrent les premiers signes d'une péritonite qui entraîna la mort de la malade le troisième jour.

OBSERVATION XXXIX (*Inédite.*)

(Due à l'obligeance de M. Walter Tate)

Mme H..., âgée de 60 ans, a eu 5 enfants.

La ménopause s'établit à 54 ans.

Légères pertes transitoires depuis 18 mois.

Hémorrhagies continues depuis 3 mois.

A l'examen on trouve un carcinome du col avec ulcération de la lèvre postérieure.

Le col de l'utérus est augmenté de volume et rétroversé.

Opérée en novembre 1899. La cavité utérine est distendue en un sac contenant 3 onces de liquide purulent.

OBSERVATION XL

Prof. Hofmeier. — Pyométra. (*Centralblatt für Gyn*, 1900, N 8.)

M. Hofmeier présente un utérus d'un carcinome du col inopérable traité par des cautérisations deux mois avant. Une énorme pyométrie grosse comme une tête d'enfant était survenue depuis. L'utérus fut alors extirpé par ce chirurgien.

CONCLUSIONS

1° Les rétentions utérines existent au cours du cancer de cet organe. Elles distendent la cavité utérine et la transforment en kyste.

2° A. L'utérus distendu est toujours augmenté de volume; il reste le plus souvent organe pelvien et atteint parfois un volume énorme.

B. Le liquide, dont la quantité est variable, est purulent et fétide; il peut être sanguinolent et séreux.

3° Les rétentions utérines se rencontrent après la ménopause.

4° Les facteurs principaux de la rétention utérine au cours du cancer sont : la prolifération néoplastique au niveau de l'orifice interne du col utérin, la métrite concommittante, l'atrésie cicatricielle du col, l'atrophie et l'atrésie séniles de l'organe semblent jouer un rôle prépondérant dans la production de la rétention utérine.

5° Les symptômes de la rétention utérine au cours du cancer sont peu précis.

6° Seules la dilatation du col utérin et la ponction exploratrice en cas d'atrésie complète assurent un diagnostic certain.

7° On fera précéder toute intervention radicale pour cancer de l'utérus de dilatation du col et d'aseptisation de la cavité utérine. On se méfiera des formes fébriles du cancer pour intervenir.

8° Dans le cancer inopérable compliqué de rétention, on enlèvera toutes les parties envahies par le néoplasme à la curette tranchante et on assurera le libre écoulement des liquides par une amputation supravaginale ou une discision bilatérale du col et on réunira la muqueuse utérine à celle du vagin.

Vu : le Doyen, Le Président de la Thèse,

BROUARDEL. PINARD.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- ACHARD. — Soc. médicale des hôpitaux, 1895.
- ANDRAL. — Précis d'anatomie pathologique. Paris, 1829.
- BARNES (Fancourt). — Case of pyométra. Brit. med. journ., 19 juin 1886.
- BIGEARD (Louis). — De l'hystérectomie totale, vaginale et abdominale dans le cancer de l'utérus. Th. de Paris, 1899.
- BOISSIER (Paul). — Etude clinique du cancer primitif du corps de l'utérus. Th. de Montpellier, 1899-1900.
- BOIVIN (M^{me}) et DUGÈS. — Traité pratique des maladies de l'utérus et des annexes. Vol. II. Paris, 1833.
- BRACHMANN. — Schmidt's jahrbücher. Vol. XXVI. 1840.
- BRATOFF. — Pyométrie et son traitement chirurgical palliatif. Th. de Nancy, 1898.
- BRESCLAU (Prof.). — Skurrrhus des Uterus, fibroser Polype, Pyométra. Schwierigkeit der Diagnose und Jherapie Kunde. Monatschr. f. geber. Franen. Berlin, 1859.
- BURCKLE. — Ueber das Verhalten der Operirten nach Vaginaler Jotalextirpation des carcinomatosen Uterus. Berlin, 1893. Diss.
- CARON (Alfred). — Contribution à l'étude des complications du cancer de l'utérus. Th. de Paris, 1884.
- CHAUTIN. — Cancer de l'utérus. Anatomie pathologique et complications. Th. de Lille, 1881.

CHROBACK (Prof.). — Beitrage zur Therapie des Carcinom uteri mit einer Anmerkung über Hydrometra. Wiener med. Woch., n^{os} 44 et 45, 1887.

CORNIL. — Leçons sur l'anat. pathol. des métrites, des salpingites et des cancers de l'utérus, 1889.

CORNIL. — Journal des Connais. médicales, 1888, 5 avril et 21 juin.

COURTY. — Traité pratique des maladies de l'utérus, des ovaires et des trompes, 1881.

COUTZARIDZA (M^{le}). — De l'hydorrhée et de sa valeur sémiologique dans le cancer du corps de l'utérus. Th. de Paris, 1884.

CRUVEILHIER. — Traité d'anatomie pathol., t. IV, Paris, 1862.

DESPRÉAUX. — Du curettage. Indications et technique. Th. de Paris, 1887.

DUNKAN (Matheus). — Two specimens of pyometra. Trans. ob. soc., XXI, 1879.

GALABIN. — A case of suppuration of the uterin cavity resulting from occlusion of the cervix. Tr. obst. Soc. XIX, 1877.

— Case of pyometra. Trans. obst. Soc. London, XXII, 1880.

— Case of pyometra. Trans. obst. Soc. London, XXVII, 1885.

GAUTIER. — Des accidents du cancer de l'utérus et de leurs indications thérapeutiques. Th. de Paris, 1893.

GUENEAU DE MUSSY. — Bull. de la Soc. anat. de Paris, 1837.

GRISOLLE. — Pathologie interne, 1864.

GROSS. — Cancer infiltré du col et pyométrie. In thèse de Bratoff. Nancy, 1898.

FABRE-DOMERGUE. — Les cancers épithéliaux. Paris, 1898.

Fogès (Arthur). — Cervixcarcinum mit Haematometra. Centralbl. f. gyn., n° 3, 1898.

FROELICH. — Cancer du corps utérin compliqué de pyométrie. In thèse de Bratoff, Nancy, 1898.

HANOT. — Arch. gén. de méd., 1892.

HANSEMANN. — Pyometra bei carcinum. Leitschr. f. geb. und gyn., XXXIV, 1896.

HÉRARD. — Thèse de Paris, 1896.

HOFMEIER. — Centralblatt für gyn., 1886, nos 9 et 24, 1900 n° 8.

KUSTNER (Otto). — Grundzüge der gynäkologie, Iéna, 1893.

LABADIE-LAGRAVE et LEGUEUX. — Traité médico-chirurgical de gynécologie, 1898.

LAFOSSE. — Collections aqueuses dans l'utérus. Thèse de Paris, 1816.

LEA. — Résumé de cinq pyométries ; complications de cancer du col. Trans. obstr. Soc., XXXIX.

LEBEDEFF (Prof.). — Un cas de pyométrie dans le cancer du corps de l'utérus. Soc. méd.-chirurg. de Saint-Pétersbourg, 10 sept. 1899.

LECA (Léon). — Des lésions secondaires au cancer de l'utérus. Th. de Paris, 1887.

LEGUEU (F.) et REBREYEND (P.). — De la pyométrie. Complication du cancer du col utérin. Revue de gyn. et de chir. abd., 1899, n° 5.

LEGUEU (F.). — XIII^e congrès français de chirurgie, 1899.

LÉOPOLD (Gerhard). — Carcinum und Hydrometra des Corpusuteri in Verbindung mit linkseitiger verkalkter Ovariencysté und mit mehrmaliger achsendrehreng des stieles derselben. Arch. f. gyn., Berl., 1875.

LEWERS (Arthur). — Cancerus uterus with pyometra. Trans. obstr. Soc. London, 1896, XXXVIII.

MARTIN (Christopher). — Hématométrie et pyométrie. Brit.

med. journ., 1896, et comptes rendus de la Soc. gynécol. à Londres, 1170.

MARTINEAU. — Rétrécissement cervico-utérin. France médicale, 1879.

MÉNÉTRIER. — Les tumeurs. In pathol. générale de Bouchard, t. III, 2^e partie, 1900.

NONAT. — Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes. Paris, 1860.

POZZI (Adrien). — Le traitement du cancer de l'utérus. Thèse de Paris, 1888.

POZZI (Samuel). — Traité de gynécologie, 1897.

SCANZONI. — Kraukenheiten der weibl. Sexual Organe. 1858.

SCHRODER. — Kraukenheiten der weiblichen Geschlechts Organen, 1881.

SEGOND. — Trois cas de pyométrie et une hématométrie ; complications du cancer de l'utérus. In thèse de Bigéard, 1899.

SIMPSONN. — Sur la péritonite cancéreuse foudroyante par perforation. Edimbourg, méd. journ., 1879.

SINETY (DE). — Hématomètre par oblitération de l'utérus. In Dict. des sc. méd., 5 s., II, 1^{re} partie ; article Utérus (pathologie), 1886.

SONDHEIMER. — Primraes Corpuscarcinum mit Haematometra und Haematocolpos bei Atresia Vaginae senilis. Monatschr. für geb und gyn., 1895.

VAUTRIN. — Des quelques particularités du cancer intra-utérin ; son traitement. Rev. méd. de l'Est, 1893.

WEISS (Prof.). — Quelques considérations sur le cancer du corps utérin. Rev. méd. de l'Est, 1892, et in thèse de Bratoff.

